

N°

THÈSE

Année 1901

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 23 Janvier 1901

Par M. Lucien DÉSANDRÉ

Né à Paris le 23 août 1872.

— — —

LA

VARICELLE SUPPURÉE

ET LES

SUPPURATIONS SECONDAIRES

AU COURS DE LA VARICELLE

Président : M. BRISSAUD, Professeur.

Juges { M. POUCHET, Professeur.
M. NETTER, Professeur agrégé.
M. GILLES DE LA TOURETTE, Professeur agrégé.

— — —

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—
1901

LA
VARICELLE SUPPURÉE
ET LES
SUPPURATIONS SECONDAIRES
AU COURS DE LA VARICELLE

UNIVERSITÉ DE PARIS, FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs MM.

Anatomie	FARABEUF
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	BERGER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	N...
	CHANTEMESSE.
	JACCOUD.
Clinique médicale.....	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	GRANCHER.
	FOURNIER.
	JOFFROY.
	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	TILLAUX.
	TERRIER.
	PANAS.
Clinique ophtalmologique	GUYON.
Clinique des voies urinaires.....	PINARD.
Clinique d'accouchements	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIERY.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (André).	GILLES de la TOURETTE.	MÉNÉTRIER.	VARNIER.
BROCA (Aug.).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS	ROGER	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS	SEBILEAU.	WIDAL.
DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Le Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'école a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N^o

THÈSE

Année 1901

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 23 Janvier 1901

Par M. Lucien DÉSANDRÉ

Né à Paris le 23 août 1872.

LA

VARICELLE SUPPURÉE

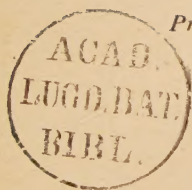
ET LES

SUPPURATIONS SECONDAIRES

AU COURS DE LA VARICELLE

Président : M. BRISSAUD, Professeur.

Juges { M. POUCHET, Professeur.
M. NETTER, Professeur agrégé.
M. GILLES DE LA TOURETTE, Professeur agrégé.



PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1901

A Mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR BRISSAUD

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE INTERNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LA VARICELLE SUPPURÉE

ET LES

SUPPURATIONS SECONDAIRES AU COURS DE LA VARICELLE

AVANT-PROPOS

La suppuration de la varicelle est considérée comme très rare par la plupart des auteurs, et l'on est même surpris de constater que les classiques la signalent à peine. Ils disent bien que « le contenu se trouble et que la vésicule devient pustule », mais sans préciser jusqu'où va ce processus qui transforme un liquide clair en un liquide trouble, et sans signaler que, dans certains cas, ce processus peut aller jusqu'à la suppuration. Si les auteurs parlent de cette dernière, c'est pour l'attribuer au grattage, et sans y insister, sans décrire le pus qui y est contenu, l'aspect que cette suppuration donne à l'exanthème, et les cicatrices qui peuvent suivre les pustules suppurées.

La thèse de MARIE (Paris, 1894) signale rapidement la suppuration comme une complication ou plutôt comme une particularité de la varicelle : l'auteur l'attribue au manque de propreté, aux causes générales de débili-

tation, aux fièvres éruptives antérieures, et il rapporte une belle observation de varicelle suppurée chez un enfant qui venait d'avoir la scarlatine.

Jusque-là on n'avait signalé que des cas isolés, sans en tirer de conclusions générales, et cependant les travaux concernant la varicelle signalaient souvent la suppuration, seule ou associée à la gangrène, à une infection secondaire ou d'autres complications.

En 1897, BOLOGNINI signalait une véritable épidémie de varicelle dans laquelle toutes les vésicules suppurèrent et se transformèrent en larges pustules contenant le staphylocoque. La constance de cette complication dans presque tous les cas observés, la constance du même agent pathogène lui fit décrire cette épidémie comme une véritable staphylococcie bénigne compliquant la varicelle.

Enfin tout récemment M. MERKLEN rapportait à la Société médicale des hôpitaux trois observations de varicelle suppurée survenant dans une même famille et se demandait s'il ne fallait pas voir là l'expression d'une infection double et simultanée par l'agent pathogène de la varicelle et ceux de la suppuration. Cette communication fit naître une discussion à laquelle prirent part MM. BARTH, SEVESTRE, SIREDEY, ACHARD, BARIÉ, RENDU, et au cours de laquelle un certain nombre de cas de varicelle suppurée furent rapportés.

C'est sur les conseils de notre maître M. MERKLEN que nous avons choisi ce sujet pour notre thèse.

Nous remercions monsieur ROGER des conseils qu'il a

bien voulu nous donner et de l'amabilité avec laquelle il a mis à notre disposition son riche service d'Aubervilliers. Les observations que nous avons pu recueillir dans son service, comparées avec celles qui ont déjà été publiées, fourniront la base de notre travail.

Nous avons cru devoir y ajouter l'histoire des suppurations secondaires à la varicelle, à laquelle se rattache la pyohémie varicelleuse. — C'est là une complication fort importante et fort grave de la varicelle.

Nous en avons réuni un certain nombre d'observations qui montrent toutes les étapes de l'infection secondaire, allant depuis la simple furonculose jusqu'à la pyohémie rapidement mortelle.

Au seuil de la carrière médicale, il nous est bien agréable de dire à monsieur MERKLEN tout notre dévouement, toute notre reconnaissance pour ses conseils éclairés. Nous n'oublierons pas la sympathique bienveillance que ce Maître éminent a bien voulu nous témoigner dès le début de notre vie d'étudiant.

PREMIÈRE PARTIE

VARICELLE SUPPURÉE

Il importe avant tout de bien définir ce que, au cours de ce travail, nous entendrons par varicelle *suppurée*, car, ainsi que nous le verrons plus loin, il y a du pus dans toute vésicule de varicelle à la fin de son évolution et pourtant on ne la considère pas comme une pustule, et la différence entre l'élément varicelleux et l'élément variolique, type de la pustule suppurée, reste bien tranchée dans tous les auteurs.

Une vésicule suppurée doit contenir du véritable pus, c'est-à-dire un liquide qui cliniquement est épais, filant, jaunâtre ou verdâtre, d'un blanc laiteux quelquefois. Ce liquide histologiquement doit contenir de la fibrine en plus ou moins grande abondance, selon la nature de l'agent pathogène, et des leucocytes dégénérés en grand nombre qui seront, selon la nature encore de l'agent pathogène, soit des polynucléaires, soit des mononucléaires. Enfin, bactériologiquement, ce liquide doit contenir en nombre variable des micro-organismes, — presque toujours banaux, agents ordinaires de la suppuration.

Cette pustule, ainsi décrite, semble différer complètement de l'élément varicelleux, et constituer un type suppuré qu'on doit opposer au type normal de la varicelle. Et pourtant, en examinant soigneusement les caractères de la vésicule varicelleuse normale, nous voyons que les diffé-

rences ne sont pas aussi tranchées, et que tout élément de varicelle vers la fin de son évolution contient, sinon du pus, du moins un liquide qui s'en rapproche et tend vers la purulence. — Cliniquement ce liquide est d'abord louche, puis blanchâtre et généralement absolument opaque. — Il est presque aussi épais et filant que le pus louable qu'on voit dans la variole ; il en diffère surtout par sa teinte plutôt blanc grisâtre que jaune.

Histologiquement les différences sont bien minimales : il contient également de la fibrine, en moins grande quantité d'ordinaire, et également des leucocytes. Bien plus, dès le début, alors que le liquide est encore absolument clair comme de l'eau de roche, il contient déjà un nombre considérable de leucocytes — si considérable que souvent, en présence d'un frottis du contenu d'une vésicule, il est difficile de dire si le liquide qu'elle contenait était clair, louche ou épais. — C'est la quantité de fibrine qui tranche là question le plus souvent.

Enfin, bactériologiquement, la vésicule de varicelle contient un grand nombre de micro-organismes et cela à une période très précoce. Les recherches de GUTTMANN ont montré en effet que toute vésicule, même au début, toute vésicule *fermée* contient le staphylocoque et la présence de ce microbe dans l'élément varicelleux est si constante et si rapide qu'il en fait l'agent pathogène de la maladie.

Les différences entre le contenu des deux éléments, varioleux et varicelleux, ne sont donc pas aussi tranchées qu'on pourrait le croire. On ne peut d'ailleurs établir de catégories absolument tranchées dans les phénomènes biologiques, on ne peut dire l'élément varioleux est suppuré, l'élément varicelleux ne l'est pas. Tous deux peu-

vent suppurer, et c'est ailleurs qu'il faut chercher les différences entre les deux éléments — car ces différences existent, indéniables.

Nous ne parlerons pas des caractères qui tiennent à la nature même de la maladie et qui différencient si nettement la varicelle de la variole : volume plus considérable et surtout plus variable des éléments, forme souvent oblongue et allongée, bords quelquefois déchiquetés, et surtout le caractère superficiel et purement épidermique des vésicules de varicelle. Car ces caractères persisteront dans la varicelle suppurée. — Nous ne parlerons que de l'évolution des éléments.

La macule variolique, devenue papule le second jour, est constituée le troisième jour par une vésicule remplie de sérosité claire. Mais ce stade dure peu ; rapidement cette sérosité devient louche, de sorte qu'il est exceptionnel de trouver dans la variole une vésicule remplie d'un liquide vraiment clair et vraiment transparent comme une goutte de rosée ; cette vésicule appartient à la varicelle. — L'élément varioleux, qui quelquefois s'est déjà ombiliqué, augmente un peu d'étendue, cependant que son contenu devient de plus en plus louche, et, le cinquième jour environ, commence la suppuration proprement dite : le contenu des vésicules, déjà un peu opaque, devient blanchâtre, puis jaunâtre, d'une couleur comparable quelquefois à une tache de cire vierge, les boutons s'agrandissent, se gonflent quelquefois en prenant une forme hémisphérique à moins que leur centre ne s'affaisse en donnant lieu au phénomène de l'ombilication secondaire. Une auréole rose ou même rouge trahit le travail inflammatoire qui s'y passe. Cette suppuration dure trois, quatre ou

cinq jours au bout desquels les pustules suivent deux évolutions, ou bien, et cela se voit surtout à la face, elles se déchirent, soit spontanément, soit mécaniquement, leur contenu s'échappe, se dessèche, et forme des croûtes d'abord jaunâtres, mellicériques, plus tard brunes ou noirâtres, — ou bien, comme cela se voit le plus souvent sur le tronc et les membres, elles se dessèchent sans se rompre ; leur contenu devient concret, se rétracte, et elles se transforment, dans l'espace de deux à quatre jours, en croûtes brunâtres. Après la dessiccation persistent, soit des tâches plates brunâtres qui disparaissent au bout de quelques mois, soit des cicatrices déprimées qui deviendront blanches et luisantes et resteront indélébiles.

Beaucoup plus rapide est l'évolution de l'élément varicelleux. Quelques heures déjà après l'apparition de la macule apparaît une vésicule parfaitement transparente, brillante, petite d'abord, mais dont les dimensions vont croissant assez rapidement. Ses limites sont très nettes ; il n'est même pas rare que sa base soit un peu rétrécie. — Elle est entourée quelquefois d'une aréole rosée plus ou moins large, mais souvent l'élément vésiculeux repose sur une peau absolument normale. La vésicule n'est jamais ombiliquée, du moins à cette période : au contraire, elle est gonflée en dôme, en cloche, beaucoup plus que celle de la variole.

Le contenu est clair comme de l'eau de roche et il reste tel pendant un jour du moins, quelquefois deux jours. Ce fait est rare dans la variole dont la vésicule se remplit presque dès le début d'un liquide lactescent. En général quand on hésite entre la variole et la varicelle, la présence d'un élément à liquide clair fait pencher en

faveur de cette dernière, car il est exceptionnel qu'il se rencontre dans la variole avec des caractères aussi tranchés. Mais dès le deuxième jour le liquide se trouble, devient opalin et quelquefois blanchâtre, mais jamais jaune verdâtre, ni véritablement purulent. Par suite de l'évaporation, la poche, devenue trop grande pour son contenu, se plisse et tend à s'affaisser. Si la vésicule n'est pas déchirée par les ongles de l'enfant, ou bien elle se dessèche rapidement, parfois sans s'être troublée; ou bien le contenu devient opaque et au centre de la vésicule se forme une crotelle noirâtre, qui simule à l'œil une ombilication.

C'est la fausse ombilication, la seule qu'on observerait dans la varicelle, pour CADET DE GASSICOURT. Mais d'autres auteurs ont observé à cette période une véritable ombilication secondaire comme dans la variole : nous-même l'avons constatée assez souvent.

Cette croûte augmente peu à peu et gagne toute la surface de la vésicule. C'est plutôt une crotelle, peu épaisse et papyracée, qui, en tombant, ne laisse qu'une tache violetle destinée à disparaître très rapidement, sans laisser de cicatrice.

Telle est l'évolution de l'élément varicelleux. « Trois fois vingt-quatre heures lui suffisent », a dit TROUSSEAU. Il faut dix à quinze jours pour que tombe la croûte de variole. Elle ne se rompt pas comme la pustule varioleuse. Enfin, elle ne se remplit pas de pus véritable et ne s'accompagne pas d'une reprise de la fièvre, dite « fièvre de suppuration ».

Nous avons pris deux cas bien tranchés, deux cas extrêmes et nous avons vu que les différences portaient :

1° Sur la durée, beaucoup plus longue dans la variole ;

2° Sur le contenu, nettement purulent dans la variole, louche ou blanchâtre dans la varicelle ;

3° Sur ce fait que la pustule variolique se rompt et laisse échapper au dehors son contenu, tandis que la vésicule varicelleuse s'affaisse et se sèche sans se rompre ;

4° Sur la dessiccation, la croûte de varicelle est mince, papyracée, elle tombe très vite : la croûte varioleuse est beaucoup plus épaisse, car elle est formée par le pus qui s'est échappé de la pustule, et beaucoup plus lente à tomber ;

5° Sur les cicatrices qui, pour les mêmes raisons, sont très marquées dans la variole, et nulles dans la varicelle.

Mais, en clinique, tout ne se passe pas forcément d'une manière aussi schématique ; on voit des cas où la variole ne suppure pas (varioloïde). On voit des cas où la varicelle suppure.

Et c'est dans la varioloïde et la varicelle suppurée que nous voyons s'effacer les différences précédemment établies :

1° Nous avons vu des pustules de varioloïde évoluer en trois ou quatre jours au plus ; inversement nous avons des cas de varicelle suppurée où l'évolution des éléments a duré plus de dix jours (et jusqu'à 3 semaines) ;

2° Dans certaines varioloïdes, le contenu est plutôt louche et blanchâtre que vert jaunâtre, il est nettement purulent dans un grand nombre de cas de varicelle ;

3° Dans la varioloïde, la pustule ne se rompt jamais ; bien plus, dans la variole même la plus nette, il est un grand nombre de pustules qui s'affaissent sans se rompre. Pour la varicelle, nous n'affirmerons pas avoir vu les pus-

tules se rompre spontanément, car, chez les enfants, il faut toujours tenir compte du grattage possible. En tout cas, la rupture de la pustule manquant souvent dans la variole légitime, on ne saurait l'exiger comme symptôme de la varicelle suppurée.

4° L'épaisseur de la croûte est fonction de la quantité de pus contenue dans la pustule, elle peut être très mince dans la varioloïde, assez épaisse au contraire dans la varicelle suppurée.

5° Enfin nous verrons qu'on peut constater des cicatrices dans certaines varicelles, mais il faut ici faire la part du grattage. Toutefois, certains auteurs les ont vues en dehors de tout grattage.

On trouve donc, dans la varioloïde d'une part, dans la varicelle suppurée d'autre part, *tous les intermédiaires* entre l'évolution franchement suppurée de la variole et l'évolution si rapide de la varicelle. Dans la varicelle, ces formes intermédiaires sont beaucoup plus fréquentes que les formes franchement suppurées avec rupture de la pustule et fièvre de suppuration. Ces dernières sont exceptionnelles, mais les premières sont beaucoup plus fréquentes que les auteurs classiques ne le décrivent.

CHAPITRE PREMIER

Observations.

Le nombre des observations publiées de varicelle suppurée est assez restreint sans doute parce que, dans la plupart des cas, un certain nombre seulement de vésicules suppurent, et que l'attention n'est pas attirée sur ce point. Et pourtant cette suppuration est fréquente puisqu'en deux mois, dans les hôpitaux d'enfants, nous avons pu en réunir cinq cas personnels, en ne comptant que les cas très nets. Dans bien d'autres varicelles, le nombre des éléments suppurés était trop restreint ou la suppuration trop peu marquée pour que nous ayons cru devoir les publier.

Dans les auteurs nous avons souvent remarqué que la suppuration de la vésicule y était notée, mais d'une manière brève et rapide le plus souvent, l'observation notant simplement la ressemblance de l'élément avec la pustule variolique, sans donner de grands détails. Pourtant quelques-unes sont plus explicites, nous publierons les plus intéressantes.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION I. — Varicelle suppurée

(recueillie dans le service de M. ROGER).

Louis L... âgé de 4 ans, enfant bien portant, vigoureux, sans stig-

mates de scrofule ni de rachitisme, entre le 23 novembre 1900 à l'hôpital d'Aubervilliers (service de M. ROGER).

Le médecin qui l'a vu en ville a porté le diagnostic de variole.

On n'a aucun renseignement sur les antécédents ni sur l'évolution antérieure de la maladie ; l'enfant dit seulement qu'il est malade depuis six jours.

A son entrée il présente une éruption de varicelle discrète, sauf à certains endroits de la face où quelques vésicules sont cohérentes.

Cette éruption est formée d'éléments très variables.

1° Les uns à la période de dessiccation, formés de croûtes brunâtres plus ou moins épaisses.

2° Les autres en train de sécher, jaunâtres ou brunâtres, ombiliqués.

3° Mais la plupart sont nettement suppurés et remplis d'un pus blanchâtre ou jaunâtre, très épais. — Ces éléments ne sont pas ombiliqués pour la plupart. Ils ont le diamètre ordinaire des vésicules varicelleuses : beaucoup sont ovalaires ; l'un d'eux présente des limites nettement déchiquetées. Ils sont entourés d'une aréole inflammatoire assez prononcée. Enfin ils sont superficiels et la palpation les montre purement épidermiques. Ces éléments ne sont ni arrondis ni acuminés : ils sont *aplatis* et font très peu relief sur la peau environnante. C'est surtout à la face qu'ils siègent.

4° D'autres éléments, d'un âge moins avancé, ont la même forme, le même aspect aplati, le même halo inflammatoire, mais le liquide qu'ils contiennent n'est pas verdâtre, il est blanchâtre. Dans d'autres encore le liquide est simplement trouble et un peu louche. Ces éléments existent surtout sur le tronc et les membres supérieurs.

5° Enfin, sur les membres inférieurs on trouve 7 ou 8 vésicules absolument typiques de varicelle au début : superficielles, de taille variable, arrondies ou ovalaires, faisant un relief assez accentué, entourées d'un halo inflammatoire moins marqué que dans les précédentes, et remplies d'un liquide absolument transparent et citrin.

Rien au cuir chevelu, à la paume des mains, ni à la plante des pieds.

Rien dans la gorge, ni sur la langue.

L'état général est très bon. La température est de 38° le soir, 37° le matin.

Pas d'albumine dans les urines.

Enfin on remarque sur le thorax une très légère teinte rosée,

douce au toucher et non rugueuse, pâlisant à la pression, ne donnant pas lieu au phénomène de la raie scarlatineuse; présentant en somme les caractères d'un rash scarlatiniforme en voie de disparition. La gorge n'est pas rouge; la langue n'est pas dépouillée.

Malgré la suppuration très marquée, étant donné le caractère superficiel des éléments, leurs différents âges et surtout la présence de vésicules typiques au début, on porte le diagnostic de varicelle. D'ailleurs l'enfant porte au bras des cicatrices de vaccine. Il est revacciné sans succès.

Le 1^{er} octobre, les éléments qui étaient clairs sont aujourd'hui suppurés, alors que ceux qui étaient suppurés commencent à s'ombiliquer.

L'évolution se poursuit sans aucune complication pendant la première quinzaine d'octobre. — La plupart des éléments suppurent. Cependant quelques-uns restent au stade blanchâtre et se dessèchent. Les croûtes de celles-ci tombent très rapidement et sont moins épaisses que les autres.

Le 18 décembre, c'est-à-dire 25 jours après l'entrée de l'enfant à l'hôpital, et plus d'un mois après le début de la maladie, l'enfant présente encore sur le tronc cinq ou six cicatrices déprimées, cupuliformes, d'un diamètre de 1 millimètre $\frac{1}{2}$ environ dont le fond est tapissé par un épithélium rouge brunâtre. Tout autour est une zone de 1 millimètre de rayon environ, tapissée d'un épithélium récent brunâtre, mais d'une teinte moins foncée que celui qui tapisse le fond de la cicatrice. Ces cicatrices, situées sur le tronc, correspondent aux pustules qui étaient suppurées dès le début.

En d'autres points, on voit la trace de pustule, en cet endroit l'épithélium n'est pas déprimé. On voit seulement une zone rouge un peu pigmentée, il n'y aura pas de cicatrices.

A d'autres endroits où se trouvaient des vésicules, on ne voit rien, toute cicatrice a disparu. Ces points se voient surtout aux membres inférieurs où siégeaient les vésicules qui n'ont qu'à moitié suppuré.

L'enfant n'a présenté aucune complication pendant la convalescence, jamais il n'a eu d'albumine dans l'urine.

En résumé, voici un cas de varicelle évidente, si manifestement suppuré qu'il a été pris pour une variole. — Toutes les vésicules n'ont pas suppuré cependant. — Sa

durée totale est assez longue (près d'un mois) — remarquons que cette durée doit être considérée comme longue, car les poussées qui ont constitué la maladie étaient très rapprochées les unes des autres; les vésicules suppurées, considérées isolément, ont eu une durée de trois semaines environ (au tronc, celles qui sont restées louches ont évolué en moins de huit jours). Ces dernières n'ont laissé aucune cicatrice; les premières au contraire ont laissé des cicatrices déprimées, cupuliformes, intéressant le derme, probablement indélébiles. — Remarquons qu'il n'y a eu aucune complication; pas d'albuminurie, notamment. — Quant aux causes qui ont pu faire naître la suppuration, elles nous échappent. L'enfant avait un rash scarlatini-forme en entrant à l'hôpital; peut-être ce rash a-t-il joué un rôle dans la suppuration; nous verrons en effet que les éruptions de scarlatine antérieure favorisent la suppuration des éléments de varicelle, l'enfant était d'une propreté douteuse en entrant à l'hôpital; aussi la poussée de varicelle qui était en pleine évolution à ce moment a-t-elle suppuré. — A l'hôpital, l'enfant a été soumis à une meilleure hygiène et a été tenu propre; la seconde poussée n'a pas suppuré et n'a pas laissé de cicatrices. On peut émettre l'hypothèse que c'est à ces soins de propreté qu'il a dû de ne pas infecter secondairement sa seconde poussée.

OBSERVATION II. — Varicelle suppurée et pemphigoïde

(recueillie dans le service de M. ROGER)

S... Louise, enfant de deux ans, bien constituée, sans cicatrices, sans stigmates de scrofule ni de rachitisme, entre à l'hôpital

d'Aubervilliers le 6 décembre avec une varicelle abondante et pemphigöide, et une température de 40°.

Le lendemain matin, la température tombe à 38,5. L'éruption est très abondante.

Sur la face, on voit une quarantaine de vésicules dont les unes sont louches, rondes, d'un diamètre de 2 millimètres $1/2$ environ, et entourées d'une aréole rouge.

D'autres (et particulièrement au cuir chevelu) sont plus volumineuses, à bords déchiquetés, d'un diamètre atteignant 6 millimètres. Elles sont en général plates, et d'autant plus qu'elles sont d'un diamètre plus considérable. Quelques-unes sont ombiliquées.

On voit également de larges placards de pemphigus, deux sur le front atteignent près de 3 centimètres de diamètre; sur la racine du nez, l'un atteint 1 centimètre.

Au menton, existent de larges plaques de pemphigus déjà croûteux.

Blépharite et conjonctivite de l'œil droit, mais sans éléments sur la conjonctive, ni sur la cornée.

Au tronc on trouve deux sortes d'éléments; les uns, oblongs, plats, et manifestement suppurés, remplis d'un contenu opaque et jaunâtre. Quelques-uns entourés d'une large aréole rouge. Ils conservent le caractère superficiel de la varicelle et n'infiltrant pas le derme. L'un d'eux est oblong.

Les autres éléments sont croûteux déjà, la croûte est peu épaisse. Il est probable que ces éléments n'ont pas suppuré et ont évolué plus vite que les précédents.

Au tronc on trouve un assez grand nombre de plaques pemphigöides moins volumineuses, d'un diamètre de 1 centimètre au plus.

Aux membres, les éléments sont moins avancés. Aucun d'eux n'est suppuré.

La plupart sont des vésicules et des bulles claires. Ils ne sont pas entourés, comme les éléments suppurés, d'une large aréole rouge. Aux jambes sont des bulles absolument claires comme de l'eau de roche. A la paume des mains et à la plante des pieds, éléments clairs.

Rien à la gorge, ni sur la langue.

L'enfant se nourrit bien; pas de diarrhée.

Pas d'albumine dans les urines.

Le 8. — La température tombe à 38.

Les plaques de pemphigus tendent à sécher.

Toutes les vésicules qui étaient hier claires sont louches.

Le 9. — Les vésicules des membres qui étaient louches hier sont aujourd'hui nettement purulentes. A la face et au tronc, elles se recouvrent d'une croûte épaisse.

Les plaques de pemphigus commencent à diminuer de diamètre.

Le 10. — Les plaques de pemphigus diminuent.

Toutes les vésicules sont aujourd'hui recouvertes de croûtes. Mais tandis que celles qui ont suppuré (au tronc et à la face) ont des croûtes très épaisses, celles des membres, qui n'ont pas toutes suppuré sont couvertes de croûtes plus minces et d'une teinte moins foncée.

La conjonctivite de l'œil droit a augmenté, les paupières sont collées et la conjonctive est injectée. Pas de pustules sur la conjonctive, ni sur la cornée.

Pendant les cinq jours qui suivent l'entrée de l'enfant à l'hôpital, la température, sans remonter jusqu'à 40°, comme le premier jour, oscille entre 38° et 39°. Ce n'est que le sixième jour qu'elle tombe au-dessous de 38°. Mais elle ne descend pas encore à la normale. Elle oscille entre 37,3 et 38, jusqu'au 18 décembre.

Le 18 décembre. — Douze jours après l'entrée à l'hôpital, l'enfant est très améliorée. La varicelle a guéri, mais le pemphigus persiste encore.

Au tronc, les plaques de pemphigus ont considérablement diminué de volume pour la plupart. Toutefois, quelques-unes semblent avoir augmenté et ont maintenant un diamètre de 2 centimètres. Elles sont recouvertes de croûtelles brunâtres, peu épaisses, papyracées. Autour d'elles, on voit l'épithélium desquamer.

Des pustules suppurées, les unes sont encore en période de dessiccation. Elles sont composées, au centre, d'une croûte brunâtre assez épaisse, *qui semble déprimée* malgré son épaisseur, ou plutôt qui semble enchâssée dans une dépression de la peau. Autour est une zone de 3 à 4 millimètres de rayon où l'épithélium est tombé : cette zone est recouverte d'un épithélium récent, d'une teinte rose. — Enfin, tout autour on voit l'épiderme sain qui desquame et se soulève sur les limites de la cicatrice ; ces limites sont formées par un contour irrégulièrement festonné.

Les autres sont plus avancées. Elles ont absolument le même aspect, sauf que l'épithélium nouveau est moins rose, plus épais, et

que la croûte centrale est tombée, laissant à sa place une dépression cupuliforme, arrondie, d'un diamètre de 2 millimètres $1/2$ environ, assez profonde et dont le fond est rougeâtre. Cette cicatrice est assez profonde.

Tous les éléments suppurés sont à l'un ou l'autre de ces deux stades.

Membres. — Ici la plupart des éléments n'ont pas suppuré. Aussi ne voit-on pas de cicatrices semblables, mais de simples macules un peu roses constituées par l'épithélium nouveau. Quelques-unes ont une croûte brune, mais celle-ci est beaucoup plus mince, et ne semble pas creusée en profondeur. On ne voit pas de cicatrices. Ces éléments ont donc évolué beaucoup plus vite que ceux du tronc puisqu'ils étaient plus récents, et qu'actuellement ils sont à un stade plus avancé. En aucun endroit des membres on ne retrouve les éléments cupuliformes avec cicatrice et large aréole comme sur le tronc.

La conjonctivite persiste. Pas d'autres complications.

Il n'y a pas eu d'albumine dans les urines.

Cette observation est intéressante, car elle montre le double effet d'une infection secondaire sur l'éruption de varicelle : elle a produit d'une part la suppuration des éléments, d'autre part le pemphigus. Celui-ci a été très étendu, et persiste encore après la guérison de la varicelle. D'autre part, cette observation nous montre l'évolution différente, sur le même malade, de la vésicule suppurée et de la vésicule normale, cette dernière évoluant en peu de jours et ne laissant pas de cicatrices : la première ayant une évolution beaucoup plus longue et laissant des cicatrices assez profondes, intéressant le derme, cupuliformes. Il n'y a pas ici à invoquer le grattage comme cause de cicatrices, car l'enfant s'est aussi bien gratté aux membres qu'au tronc, et les cicatrices occupent le tronc seulement. Dans cette observation les causes de la suppuration nous échappent : aucun renseignement n'a pu être recueilli

sur l'enfant. Rappelons que le diagnostic de varicelle était évident, d'ailleurs l'enfant avait été récemment vaccinée avec succès.

OBSERVATION III. — Varicelle suppurée et pemphigoïde

(recueillie dans le service de M. ROGER).

Giv... Marthe, enfant de 17 mois, assez bien constituée, sans ganglions, sans stigmates de rachitisme ni de scrofule, entre le 29 novembre à l'hôpital d'Aubervilliers.

On ne possède aucun renseignement sur ses antécédents ni sur le début de la maladie. Le médecin qui l'envoie a porté le diagnostic de variole.

L'enfant présente une éruption de varicelle dont la plupart des éléments sont desséchés et des plaques de pemphigus.

A la face existent un certain nombre de vésicules nettement suppurées, et pleines d'un liquide épais, jaune verdâtre. La plupart sont plates, quelques-unes sont ombiliquées (ombilication vraie); d'autres, plus rares, sont acuminées.

Sur la face antérieure du thorax, on voit un certain nombre d'éléments, les uns louches, les autres remplis d'un liquide blanchâtre qui évolue vers la purulence. Il y a également 7 à 8 plaques de pemphigus dont la plupart sont ovalaires à grand axe horizontal. Leur grand diamètre a une dimension de 1 centimètre $\frac{1}{2}$ au plus. Toutes les plaques de pemphigus sont ulcérées. On ne sait s'ils ont suppuré, c'est cependant probable, étant donnée leur évolution ultérieure.

Sur le dos, sur les fesses, sur la partie postérieure de l'épaule, sur la face postérieure des bras, c'est-à-dire sur les parties déclives, les plaques de pemphigus sont plus nombreuses (une douzaine environ) et surtout plus étendues (quelques-unes atteignent 4 centimètres). Enfin elles sont entourées d'un large halo inflammatoire, d'un rayon de 1 centimètre $\frac{1}{2}$, et d'une rougeur très accentuée. Entre les plaques de pemphigus, on voit des éléments de varicelle, pleins d'un liquide louche. Enfin un rash morbiliforme assez marqué existe sur tout le tronc.

Sur les membres supérieurs (sauf à la partie postérieure de l'épaule et du bras) aucun élément de pemphigus. On ne voit que des vésicules de varicelle au début.

Même chose sur les membres inférieurs où le rash morbilliforme est assez marqué.

Rien à la paume des mains ni à la plante des pieds. Rien au cuir chevelu. Rien dans la gorge ni sur la langue. La température atteint 39,5. L'état général est assez bon. Les urines ne présentent pas d'albumine.

Le 30 novembre. — Les pustules de la face sont desséchées et recouvertes d'une croûte plus épaisse qu'on ne voit d'ordinaire dans la varicelle. La température tombe à 38°.

Le 1^{er} décembre. — Les croûtes commencent à tomber. Les plaques de pemphigus tendent à se dessécher : l'aréole inflammatoire qui les entourait diminue.

Le 3. — Apparaît sur la face antérieure du thorax une nouvelle bulle de pemphigus d'un diamètre de 1 centimètre, remplie d'un liquide trouble. Les autres diminuent d'étendue et commencent à desquamer.

Pas de nouveaux éléments de varicelle.

La convalescence est normale, sans apparition de nouvelles plaques de pemphigus, sans albuminurie.

Le 18 décembre (une vingtaine de jours après l'arrivée de l'enfant à l'hôpital). — Il persiste, aux points où siégeaient les plus grosses pustules suppurées, des cicatrices. Ces cicatrices sont déprimées et cupuliformes, assez profondes et très pigmentées (notablement plus que dans l'observation I). Tout autour est une zone d'épithélium récent et brunâtre, d'un rayon de 1 millimètre.

D'autres cicatrices sont réduites à une zone rouge un peu pigmentée, sans dépression. Aux membres, on ne signale aucune cicatrice, il y a pourtant eu des vésicules très nettes, mais elles n'ont pas suppuré. Les plaques de pemphigus ont disparu, elles n'ont laissé qu'une trace à peine pigmentée.

Comme la précédente, cette observation montre l'association de la suppuration des vésicules avec le pemphigus. — Même localisation des vésicules suppurées au tronc, en laissant les membres indemnes. Mêmes cicatrices. Notons la présence d'un rash morbilliforme dont la présence expliquera peut-être la suppuration. Le peu de soins dont l'enfant était l'objet doit également entrer en

ligne de compte. — La suppuration était si nette que le diagnostic porté en ville était celui de variole. L'enfant était d'ailleurs récemment vaccinée.

OBSERVATION IV. — Varicelle suppurée

(recueillie dans le service de M. ROGER).

Louise Rog..., cravatière, âgée de 19 ans, entre le 13 décembre 1900, à l'hôpital d'Aubervilliers, au pavillon de la variole.

Sa mère est morte d'un cancer de l'utérus. Elle-même ne présente rien de bien particulier dans son enfance, sinon la rougeole et la coqueluche. Elle n'a jamais eu ni variole, ni varicelle, ni affection cutanée. — Elle a été vaccinée avec succès peu de temps après sa naissance, et n'a pas été revaccinée depuis.

Fluxion de poitrine à 9 ans. Régée à 13 ans 1/2. Toujours bien réglée depuis.

Le contage direct est inconnu, elle n'a vu aucune personne ayant des boutons sur le corps. Elle habite rue des Trois-Frères, à Montmartre, quartier infesté actuellement par la variole. Toutefois on n'a pas encore reçu à Aubervilliers de malade atteint de variole habitant dans cette rue même. La malade dit qu'il n'y a dans sa maison aucun malade porteur d'une éruption pustuleuse.

Le début date du jeudi 9 décembre. Il a été marqué, dit la malade, par une légère fièvre et un peu de céphalée. Il n'y a eu ni vomissements, ni rachialgie. Les règles n'ont pas été avancées. La malade a conservé son appétit et a continué de travailler.

Le lendemain quelques boutons sont apparus sur la face. D'après la malade, ces boutons étaient rouges et saillants. Elle ne semble pas avoir remarqué de période véritablement vésiculeuse avec liquide clair.

Puis, les boutons devenant blanchâtres, elle va consulter son médecin qui porte le diagnostic d'« éruption de sang ». Le lendemain elle va à la consultation de Saint-Louis, où on porte le diagnostic de variole et d'où on l'envoie à Aubervilliers. Là, l'externe de garde en fait également une variole et l'envoie au pavillon André.

Le 15. — La malade présente une éruption extrêmement discrète, mais manifestement suppurée. Deux ou trois éléments sur les membres inférieurs, rien aux membres supérieurs, cinq ou six à la

face, cinq ou six sur l'abdomen, groupés autour de l'ombilic, et s'étalant en ceinture à la région lombaire.

Les éléments sont à l'état de pustules dont la périphérie est encore remplie de liquide lactescent, et le centre est le siège de dessiccation tout au début.

Les éléments de la face sont arrondis, et ont un diamètre de 3 millimètres. Ceux de l'abdomen sont oblongs, beaucoup plus volumineux : leur grand axe, qui est transversal, atteint 5 à 6 millimètres. Ils sont entourés d'une aréole rouge assez prononcée, et sont remplis de pus blanchâtre. Leurs bords sont déchiquetés. Ces éléments sont aplatis, et n'ont pas l'aspect en cloche de la varicelle.

Ils sont superficiels et n'intéressent pas le derme.

Etant donnés les caractères, et malgré la suppuration manifeste, M. Roger fait le diagnostic de varicelle. La malade est immédiatement vaccinée et envoyée à l'isolement.

Pas d'éruption dans la gorge.

Température = 38°5 (tombe le lendemain à 37°).

Pas d'albumine dans les urines.

Les jours suivants, la plupart des éléments de la face se dessèchent. Quelques-uns cependant suppurent franchement. Ceux de l'abdomen suppurent tous, leur volume augmente légèrement, ainsi que le halo inflammatoire qui les entourait. La température se maintient à 37°. Pas de nouvelle poussée.

Le 19 (dix jours après le début). — Ces éléments de la face sont recouverts de croûtes d'une épaisseur de 1 millimètre au moins. Ces croûtes sont noirâtres, assez épaisses, non entourées d'une aréole rouge. Elles correspondent à une suppuration moyenne.

On trouve aussi à la face des traces de crotelles, aujourd'hui tombées, et constituées par une simple tache foncée due à l'épiderme nouveau, sans cicatrices, sans dépression cupuliforme. Elles correspondent à des vésicules qui n'ont pas suppuré, et qui étaient du même âge que les précédentes.

À l'abdomen, les pustules ont légèrement augmenté de volume et sont aujourd'hui nettement purulentes, remplies d'un liquide verdâtre, épais et louable. L'une d'entre elles s'est rompue et on en voit sourdre le pus. L'autre s'est rompue la veille et laisse voir une ulcération cratériforme dont le fond est tapissé par du pus à demi-concrété, jaune verdâtre. L'aréole inflammatoire a augmenté. Les

bords sont toujours déchiquetés, mais les pustules restent superficielles, il n'y a toujours pas d'induration du derme.

Aux membres inférieurs, on trouve des taches pigmentées ; là les pustules n'ont pas suppuré. Pas de cicatrices.

Pas de complications, pas de nouvelle poussée.

Les pustules vaccinales commencent à apparaître.

Dans les observations précédentes les vésicules étaient sinon cohérentes, du moins assez abondantes pour des varicelles. Celle-ci montre qu'une éruption extrêmement discrète (une vingtaine d'éléments tout au plus) peut également suppurer. La double erreur de diagnostic, faite d'abord à Saint-Louis, puis à Aubervilliers, prouve à quel point les éléments ressemblaient à ceux de la variole, pour qu'on ait fait le diagnostic malgré l'extrême rareté des pustules, qui devait plutôt faire penser à la varicelle, au premier abord. Le succès de la vaccination prouve d'une manière irréfutable qu'on n'était pas en présence d'une variole.

Notons que dans cette observation les pustules se sont rompues et ont laissé échapper leur pus absolument comme dans la variole, et que, comme dans les cas précédents, les vésicules des membres n'ont pas suppuré.

**OBSERVATION V. — Varicelle suppurée chez un enfant
ayant eu récemment une scarlatine probable**

(recueillie dans le service de M. NETTER).

Dam... Jeanne, âgée de 7 ans, entrée au service des douteux de Trousseau, le 23 novembre 1900.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Elle a eu dans sa première enfance la rougeole, la coqueluche, de l'impétigo. Elle n'a eu ni scarlatine, ni varicelle, ni variole. Elle a été vaccinée avec succès et n'a pas été revaccinée depuis.

Enfant bien constituée, propre et bien tenue.

Elle sort des douteux du pavillon de scarlatine. Elle a eu, il y a huit jours, une éruption rosée, généralisée à tout le corps. Cette éruption a été précédée d'une angine assez forte, au dire de l'enfant. Au cours de cette éruption, elle a été atteinte d'otite double, et ses oreilles coulent encore. Actuellement, la peau est encore légèrement rose, mais ne desquame pas. Enfin, la langue est rouge et dépouillée, framboisée, absolument caractéristique.

La maladie actuelle a commencé par une fièvre de 38°5, avec un léger délire.

Le deuxième jour est apparue l'éruption constituée d'abord par des macules rouges commençant sur le tronc. Lelendemain, cesont des vésicules typiques de 3 millimètres de diamètre, ovalaires, contenant un liquide absolument clair. Elles sont en dôme, ne présentent pas d'induration du derme, et sont entourées d'une aréole rouge. On voit également de plus petites vésicules.

Le troisième jour apparaît une nouvelle poussée de petits éléments maculeux, rouges, légèrement acuminés et plus petits, superficiels également.

Le quatrième jour, les éléments de la première poussée évoluent de deux manières. Les uns sont devenus troubles ou même sont déjà recouverts d'une croûte jaunâtre.

Les autres sont véritablement purulents et remplis d'un pus blanc verdâtre. L'aréole rouge a augmenté de volume. L'élément a conservé ses dimensions et sa forme ovale, mais il s'est aplati, et ne fait plus saillie. Pourtant la vésicule ne s'est pas rompue, le pus n'a pas fait issue au dehors, il n'y a aucune tache sur la chemise de l'enfant.

D'autres éléments, plus avancés, sont remplis d'un pus verdâtre et plus épais ; mais le pus n'a pas l'aspect blanc qu'on voit dans la variole et qu'on a comparé à la tache de cire vierge. Il est plus verdâtre. Mais on note une véritable ombilication assez large pour occuper le tiers du diamètre total de la pustule.

Dans d'autres éléments, il existe encore une ombilication, mais l'épiderme qui la forme en se déprimant est desséché, jaunâtre ou brun.

Dans d'autres encore, on voit une véritable croûte couvrant tout le milieu de la pustule. Le reste est encore purulent.

La pustule a ainsi un aspect de cocarde avec, au centre, une

croûte; au milieu du pus, à la périphérie, une zone rouge inflammatoire.

Enfin, on trouve des éléments couverts d'une croûte complète qui commence à s'affaïsser. Cette croûte est plus épaisse que celle des vésicules qui n'ont pas suppuré.

Topographie des éléments suppurés. Il est difficile de dire où siègent de préférence les éléments suppurés, ils sont mélangés avec les autres. Pourtant ils sont plus nombreux dans le dos, les fesses et les régions déclives. On en trouve également sur la poitrine.

Quelques-uns au pli de l'aîne (flexion et contact de la peau).

Au cou, on trouve d'assez nombreuses pustules (frottement du col de chemise?)

Sur les membres, on ne voit pas un seul élément suppuré. Rien à la face.

Il existe des vésicules sur la langue et le voile du palais, mais elles ne semblent pas avoir suppuré.

Le surlendemain, tous les éléments sont remplacés par des croûtes mais les croûtes ne sont pas identiques.

Les unes sont peu épaisses, papyracées, elles correspondent aux vésicules qui se sont desséchées sans suppurer.

Les autres sont plus épaisses, leurs limites sont surélevées sur la peau environnante. Elles sont plus adhérentes à la peau. Elles sont entourées d'un cercle inflammatoire. Elles correspondent aux pustules qui ont suppuré.

Pas de complications. Pas d'albumine.

L'enfant sort de l'hôpital avant que la dessiccation soit achevée. Il est impossible de dire si elle a présenté des cicatrices.

Cette observation est un type de varicelle dans laquelle une grande partie des éléments a suppuré cependant que les autres évoluaient normalement. Mais le point intéressant de ce cas est son étiologie. On ne trouve point de grattage (c'était une enfant de 7 ans, très raisonnable, et qui avait été surveillée de près). Le manque de propreté ne saurait non plus être mis en cause, car cette enfant était très bien tenue en entrant à l'hôpital, et, à l'hôpital même, pendant tout le temps qui a précédé l'éclosion de

sa varicelle, l'enfant était au pavillon de la scarlatine et soumise aux soins d'hygiène les plus scrupuleux. La seule cause de la suppuration dans ce cas nous paraît être la scarlatine antérieure. Cette scarlatine nous semble indéniable : angine très forte; éruption typique durant quelques jours, otite double, langue framboisée, etc. Une nouvelle raison vient s'y joindre : l'enfant a séjourné plusieurs jours dans la salle de scarlatine et ne l'a pas contractée; c'est donc très probablement une scarlatine vraie qu'elle a eue et non un rash, car les rash s'accompagnent rarement d'angine et de desquamation linguale. Il nous semble incontestable que c'est l'éruption scarlatineuse antérieure qui a favorisé la suppuration d'autant plus que de nombreuses observations analogues ont été signalées, et que nous avons vu précédemment deux cas de varicelle suppurée précédée de rash, — c'est-à-dire d'éruptions analogues à l'éruption de scarlatine.

OBSERVATION VI. — Varicelle suppurée

(due à l'obligeance de M. VALLAT, de Joinville-le-Pont).

Dans la famille D..., un premier enfant, Charles, âgé de six ans, nourri au sein pendant 4 mois, puis au lait stérilisé, ayant eu toutes les maladies de la première enfance, rougeole, coqueluche, diphtérie, etc., sauf la scarlatine, contracte une varicelle dont on constate la première éruption le 24 novembre. Il a eu six poussées successives. Pas de fièvre, pas de malaise. Guérison au bout de trois semaines sans suppuration. Actuellement, les boutons de la dernière éruption ne sont pas encore complètement cicatrisés.

Dix jours après, les deux frères cadets contractent à leur tour la varicelle. Le plus jeune, Raymond, guérit très rapidement : c'est un très bel enfant de 19 mois, nourri *exclusivement* au sein, sevré naguère. Cet enfant n'avait jamais été malade. L'éruption a été fugace et la maladie n'a présenté aucun symptôme grave. L'enfant gai, et jouant sans cesse, n'est pas resté un seul jour couché.

Le second, Georges, âgé de 4 ans et demi, a eu, lui, une varicelle de très forte intensité. C'est un enfant qui a été nourri au sein jusqu'à six mois, puis au lait stérilisé. Très délicat, il a été constamment malade d'une affection gastro-intestinale. De plus, il tousse très souvent et l'auscultation décèle la présence de gros ganglions trachéo-bronchiques. Quoique maladif, il n'a pas fait de maladies infectieuses, sauf la rougeole qui aurait évolué avec complications pulmonaires (congestion et broncho-pneumonie).

Le 11 décembre. — Le corps est couvert de boutons varicelleux accusant la forme de la pustule variolique. Ces boutons sont discrets sur les membres supérieurs, très rares aux membres inférieurs, cohérents sur le corps dans sa partie supérieure, et presque confluents au niveau de la face, surtout au front, avec gonflement des paupières.

Quelques vésicules n'ont pas suppuré. Presque toutes les vésicules du ventre et du dos, et un certain nombre des vésicules de la face ont suppuré; elles augmentent considérablement de volume par la suppuration, au point d'être trois fois plus grandes.

Une légère aréole inflammatoire se trouvait à la base des vésicules qui, néanmoins, paraissaient n'intéresser que les parties les plus superficielles du derme.

Toutes n'étaient pas ombiliquées, en général celles qui suppuraient franchement ne l'étaient pas. Le pus qu'elles contenaient était jaunâtre.

Les vésicules ne sont pas apparues comme en général dans la varicelle. On n'a noté que trois poussées: la première à la face; puis est survenue une fièvre intense qui a précédé la deuxième éruption, intéressant le corps. Avec une nouvelle poussée de fièvre est apparue une troisième éruption. Le 21 novembre, les vésicules supparaient franchement et la fièvre était à son acmé.

Comme complication, on n'a noté que des râles congestifs à la base.

Pas de lésions de grattage.

Il y a eu un enanthème qui n'a pas suppuré.

La durée des vésicules suppurées n'a pas été plus longue que les autres; elles étaient toutes du même âge.

L'enfant est actuellement en bonne voie de guérison. Les vésicules se sont séchées et ne laisseront pas probablement de cicatrices. Les râles de la poitrine persistent encore, mais néanmoins l'état de l'enfant est très satisfaisant.

Voici un cas où la varicelle a frappé trois enfants d'une même famille; tandis qu'elle a évolué normalement chez les deux enfants bien portants, elle a suppuré chez celui qui était le plus débile et qui souffrait de troubles digestifs, et qui était atteint d'adénopathie trachéo-bronchique.

Les conditions hygiéniques étaient cependant communes aux trois enfants. Dans ce cas, le diagnostic de varicelle n'a pu être porté que grâce à la notion de contagion et grâce à la présence d'éléments de différents âges chez le même malade.

OBSERVATIONS NON PERSONNELLES

VII. — OBSERVATIONS DE MERKLEN. — Trois cas de varicelle suppurée (1).

J'ai pu suivre presque heure par heure quatre enfants d'une même famille successivement atteints de varicelle. Trois de mes malades ont eu pendant trois à quatre jours une fièvre continue irrégulière. Chez un seul la maladie a été apyrétique. Or, l'évolution de la varicelle a été chez ce dernier particulièrement bénigne et surtout remarquable par l'absence de transformation purulente du liquide des vésicules. Mes trois fébricitants eurent une véritable période de suppuration caractérisée par une dernière poussée thermique, le quatrième ou le cinquième jour, le gonflement de la face ou tout au moins du nez, enfin l'apparition à la face, à la nuque, aux mains et surtout aux pieds, de vésicules et même de bulles remplies de pus. La dessiccation de ces éléments ne se fit qu'après plusieurs jours, alors que celle des vésicules citrines du tronc se produisait en quelques heures ou au plus en un jour; de plus les croûtes con-

(1) Ces observations ont été l'objet d'une note présentée par M. MERKLEN à la Société médicale des Hôpitaux, le 12 octobre 1900. Nous les avons rédigées d'après cette communication et complétées avec des notes plus détaillées qu'a bien voulu nous remettre notre Maître.

sécutives aux vésicules purulentes étaient particulièrement épaisses et elles ne tombaient qu'au bout de trois semaines et même plus, laissant à leur suite de petites cicatrices cupuliformes qui furent le résultat de la suppuration et non du grattage.

Les vésicules augmentaient de volume au moment de la suppuration, on avait alors de véritables bulles pleines de pus. Le pus était blanc. Il n'y avait pas d'aréole inflammatoire notable autour des vésicules suppurées. Quelques-unes se sont ombiliquées. Il n'y a eu qu'une seule poussée.

Il n'y a pas eu de confluence vraie.

Les pustules restaient superficielles, sans induration du derme. Pas d'énanthème.

Aucune complication ; pas d'albuminurie.

Les causes de la suppuration des vésicules varicelleuses sont sans doute complexes. Mes malades étaient dans les meilleures conditions d'hygiène, mais j'admets que le premier atteint, celui qui contamina les autres, était, en raison d'un eczéma antérieur, dans les conditions favorables pour faire de la suppuration de la peau. Un second avait une écorchure au cou-de-pied, recouverte d'une croûte susceptible également de faciliter l'infection de ses vésicules varicelleuses. Rien de semblable chez le troisième dont la peau était intacte, et je ne vois qu'une hypothèse à admettre, si véritablement la varicelle suppurée est le fait d'une infection secondaire, c'est que la maladie peut se transmettre sous cette forme en vertu d'une contagion double et simultanée par les germes de la varicelle et les microbes de la suppuration.

S'il était permis d'employer la terminologie reçue pour la variole, je dirais volontiers, en me basant sur ces cas, à la vérité trop peu nombreux, qu'il existe une varicelle vraie caractérisée par la fièvre, la suppuration des vésicules et la longue durée de la période de dessiccation qui atteint trois semaines, et une varicelloïde apyrétique, sans période de suppuration, à dessiccation rapide se faisant en dix ou quinze jours, forme atténuée de la maladie.

Ces faits sont absolument analogues à nos cas personnels: suppuration d'une partie seulement des vésicules; longue durée de la dessiccation des vésicules suppurées; cicatrices cupuliformes faisant suite à ces vésicules sup-

purées. Elles sont particulièrement remarquables par la fièvre assez élevée qui a marqué leur période de suppuration, fièvre qui manque dans nos observations. Enfin, tandis que dans nos observations ce sont surtout les pustules du tronc et de la face qui suppurent, et jamais celles des membres; dans les cas de MERKLEN, la suppuration se fait surtout à la face, au cou, aux mains et aux pieds.

VIII. — OBSERVATIONS DE BOLOGNINI (1). — Staphylococcie varicelleuse.

Dans une épidémie de varicelle comprenant une quinzaine de cas, tous les enfants, sauf deux ou trois, chez qui la maladie suivit son cours ordinaire, furent atteints de varicelle suppurée. Fait intéressant, ces deux ou trois cas non compliqués survinrent loin des autres. Les douze autres cas forment un groupe de trois ou quatre par famille ou par maison où aucun des enfants atteints de varicelle n'évita cette complication.

La varicelle suivit chez eux son cours normal jusqu'au moment où les vésicules tendent normalement à la dessiccation. A ce moment, un léger mouvement fébrile persistait, au lieu de disparaître comme normalement, et on pouvait voir autour de la vésicule un léger halo rouge qui annonçait le début du nouveau processus. La bulle grandissait, presque à vue d'œil, et en douze ou trente heures devenait aussi grande qu'une pièce de 2 centimes.

L'épiderme qui recouvrait la pustule apparaissait alors blanchâtre et tendue. En très peu de temps (douze à vingt-quatre heures), soit spontanément, soit par frottement, l'épiderme se rompait et il en sortait un liquide assez dense, blanchâtre, sur lequel nous reviendrons et qui alors laissait à découvert le corps de Malpighi.

En général (sauf dans un cas mortel) la lésion laissée par la pustule disparaissait en 10 à 12 jours, sans laisser de traces de son pas-

(1) Ces observations ont fait l'objet d'un mémoire publié dans « *la Pédiatrie* » de mars 1897. Nous donnons ici le résumé de ce travail dont nous avons complété quelques points, grâce à des renseignements complémentaires que nous a fort obligeamment envoyés M. BOLOGNINI.

sage. Les enfants guérissaient ayant bien peu souffert de cette complication.

La fièvre était d'abord assez élevée (39°, 40° 2) avant et pendant l'éruption comme dans toute varicelle, et baissait quand apparaissait la vésiculation.

Mais alors, au lieu de disparaître rapidement, elle persistait et ne s'éteignait qu'au moment où le nouvel épiderme commençait à s'étendre et à recouvrir l'espace ulcéré. Après la fièvre disparaissait la dernière trace de la maladie.

Les pustules étaient en général répandues partout, 4 ou 5 à la face, 8 ou 10 au tronc et n'épargnant pas même la plante des pieds. Toutes les vésicules sans exception ont suppuré, quel que soit leur siège (face, extrémités, régions déclives, etc.).

Tous les éléments étaient du même âge. Ils étaient superficiels, comme tout élément de varicelle. Il n'y a pas eu d'ombilication.

Les vésicules n'étaient pas confluentes, et il n'y a pas eu de gonflement de la face, sauf dans le cas suivi de mort.

Il n'y a eu aucune complication du côté des viscères, sauf du côté des reins, car l'*albuminurie* a été rencontrée dans tous les cas examinés, en quantité variable depuis des traces jusqu'à 0,50 et 1 gramme (on a même vu 7 gram., dans le cas suivi de mort). Cette albuminurie disparaissait en général en très peu de jours et même avant la guérison de la pustule.

J'ai vu aussi, mais non d'une façon constante, une leucocytose assez notable (1 leucocyte pour 225-250 globules rouges), mais mes recherches ne sont pas assez répétées ni assez constantes pour l'élever à la hauteur d'un symptôme (1).

Le liquide des pustules était séro-fibrineux et contenait des débris de cellules épithéliales et des leucocytes plus ou moins dégénérés. Recueilli avec toutes les précautions aseptiques, il se montrait plein de staphylocoques et de streptocoques, les premiers en bien plus grand nombre. Cependant le cas mortel avait un liquide qui se présentait comme une culture pure de streptocoque. Ceux-ci étaient également très abondants dans l'urine qui contenait une quantité

(1) Il est regrettable que l'auteur ne parle pas de la qualité des leucocytes — mononucléaires ou polynucléaires — l'augmentation des premiers étant en rapport avec l'infection varicelleuse, celle des seconds avec l'infection secondaire.

notable de globules rouges et 7 grammes d'albumine. L'enfant mourut très rapidement du fait de sa lésion rénale.

Ces résultats ont été obtenus par cultures.

Dans le sang je n'ai pu réussir à trouver aucun microbe. Les cultures faites avec le sang d'une piqûre au doigt restèrent stériles. Seule une culture du sang de l'enfant dont j'ai parlé plus haut, faite sur gélatine, peu d'heures avant la mort, donna du streptocoque.

Dans tous les autres cas, c'était le staphylocoque doré qui dominait.

Tous les cas guérissent sans complications et sans cicatrices.

Il s'agissait bien ici de varicelle à cause des symptômes du début, du peu de complications, des autres cas, il est vrai peu nombreux, survenus sans suppuration et dans lesquels le diagnostic s'imposait.

Et la complication était bien une évidente staphylococcie accompagnant la varicelle, ou mieux encore *développée dans la vésicule varicelleuse*.

Quelle a été la porte d'entrée? Sans doute à travers l'épiderme.

Quelle peut être la cause de la diffusion de la staphylococcie à presque tous les cas de varicelle, et la bénignité remarquable de l'infection de l'organisme dans tous les cas?

On ne peut assigner au staphylocoque dans ce cas des propriétés spéciales — c'est le staphylocoque banal. On peut penser que le virus varicelleux se communique d'un enfant à un autre, et avec lui le staphylocoque qui trouve naturellement un terrain propice à son développement, un *locus minoris resistentiæ*, sur l'organisme atteint, locus qui est précisément la vésicule varicelleuse.

Parmi les causes, il faut compter le peu de propreté des enfants (qui étaient mal tenus). Ils n'avaient présenté ni rash, ni fièvre éruptive antérieure. On peut aussi faire intervenir l'humidité exceptionnelle de cet été.

La bénignité en a été remarquable; peu de réaction locale, encore moins de réaction générale, malgré l'absorption des toxines. La constance de l'albuminurie prouve leur élimination par le rein.

Voici une épidémie de varicelle dans laquelle presque tous les cas ont suppuré. Les enfants n'avaient présenté aucun rash, aucune fièvre éruptive antérieure, aucune

lésion cutanée. Bien que l'auteur constate que les enfants étaient mal tenus, il est inadmissible de penser que tous étaient exactement dans les mêmes conditions d'hygiène.

En l'espèce, les causes ordinaires de la suppuration (fièvres éruptives, lésions cutanées, etc.) sont en défaut, et le peu de propreté est une raison insuffisante pour expliquer la suppuration de douze cas sur quinze. Aussi faut-il faire intervenir qu'une infection secondaire simultanée, infection staphylococcique, contagieuse comme la varicelle elle-même. Il est vrai qu'on peut mettre en doute le diagnostic de l'auteur et émettre l'hypothèse qu'il s'agissait soit de variole (hypothèse fort peu vraisemblable d'après la symptomatologie), soit de staphylococcie à forme pustuleuse (pustules de Colles). Nous pensons néanmoins qu'il s'agissait de varicelle, étant donnés les cas contemporains qui n'ont pas suppuré. La constance du staphylocoque ne doit pas nous étonner dans une suppuration sous-cutanée, nous y reviendrons à l'étude bactériologique. Notons la constance de l'albuminurie dans tous les cas examinés, la rupture des pustules et l'absence de cicatrices, caractères qui sont un peu en contradiction avec les cas signalés plus haut.

OBSERVATION IX. — Varicelle suppurée survenue au cours d'une scarlatine.

(Thèse de MARIE.) — Résumée.

Il s'agit d'un enfant de 5 ans, scrofuleux, porteur de volumineux ganglions cervicaux, qui est atteint le 28 septembre de scarlatine typique avec angine rouge à exsudat pultacé, éruption et langue dépouillée ; — température : 40°, 5. Cette scarlatine évolue normalement jusqu'au 6 octobre où commence la desquamation. Le 7, apparaissent des vésicules de varicelle précédées de quelques phé-

nomènes généraux. Le 8, les vésicules de la première éruption sont troubles, d'autres viennent d'apparaître, claires. Etat général excellent, pas d'albumine.

Le 9, la plupart des vésicules se sont transformées en pustules remplies d'un liquide blanc jaunâtre. Un peu de ce liquide est aspiré avec une pipette : l'examen sur lamelles y montre la présence du staphylocoque et de quelques streptocoques. La base des pustules est entourée d'une aréole rouge, inflammatoire.

L'aspect singulier de cette éruption fait élever des doutes sur la nature de la maladie, mais on apprend que la plus jeune sœur a bien eu une varicelle typique.

Le 12, les pustules sont en voie de dessiccation ; un grand nombre sont transformées en croûtes rugueuses. La température n'a jamais dépassé 38° 4.

Le 13, quelques macules violacées dont quelques-unes sont situées au fond d'une légère dépression.

L'enfant, revue quelques mois après, avait sur le visage et le tronc quelques cicatrices, petites, blanches, circulaires, déprimées, mais assez peu apparentes. Les ganglions cervicaux avaient un peu augmenté de volume.

Ce cas est absolument comparable à notre observation V : même étiologie, même suppuration, mêmes cicatrices. — Comme dans notre cas on a trouvé du streptocoque.

OBSERVATION X. — Scarlatine et Varicelle suppurée.

(THOMAS, *Jahrbuch. f. Kind.* 1871).

Enfant de 1 ans 1/2 pris brusquement de fièvre et d'angine quelques jours après la mort d'un de ses frères atteint de scarlatine. Il fait une scarlatine typique avec éruption punctiforme et angine. En même temps que l'éruption commence à pâlir et la température à diminuer, apparaissent dans la région sacrée quelques vésicules à contenu clair comme de l'eau, et le soir la fièvre remonte à 39° 5.

De nouvelles vésicules apparaissent et la température monte à 40° 4, alors que l'éruption scarlatineuse est à peine visible. Pas d'albumine.

Certaines vésicules se dessèchent. Les autres ont un contenu trouble, purulent, ressemblant à celui de la variole.

La dessiccation se produit sans complication, ni albuminurie.

Malgré son peu de détails, notamment sur le siège des pustules suppurées et sur les cicatrices, cette observation doit être considérée comme une varicelle suppurée typique survenue au cours d'une scarlatine légitime (à cause du contag et de l'angine).

OBSERVATION XI. — Varicelle suppurée à la suite d'une scarlatine.

(BÉZY. — Scarlatine et Varicelle.)

Enfant nourri au sein, bien portant.

Atteint de scarlatine typique avec miliaire purulente, gorge rouge, ganglion sous-maxillaire et langue dépouillée. Deux jours après la disparition de l'éruption scarlatineuse, il fait une poussée de varicelle qui s'étend rapidement et se généralise. Puis la température remonte à 40°, quelques bulles de la région du cou perdent leur aspect limpide et deviennent purulentes. Cet état ne persiste pas, et quelques jours après commencent à la fois la dessiccation varicelleuse et la desquamation scarlatineuse en larges plaques.

Il n'y a jamais eu d'albumine.

OBSERVATION XII. — Varicelle confluyente et suppurée à la suite d'un bain sinapisé.

(DESOIL. *Echo Médical du Nord*, 1899.)

Enfant de deux ans 1/2, de constitution médiocre, ayant quelques antécédents de lymphatisme, est atteint d'une varicelle bénigne, fièvre, avec quelques vésicules discrètes sur le tégument.

Les parents, craignant des convulsions (l'enfant en avait déjà eues auparavant), le mettent de leur chef dans un bain chaud fortement sinapisé, pendant dix minutes.

Cette révulsion énergique de la peau donne immédiatement un coup de fouet à l'éruption. De discrète la veille, elle devient très

confluente le lendemain. On compte de 500 à 600 vésicules et bulles de toutes dimensions. Les jours suivants, la plupart de ces vésicules continuent leur évolution. Elles deviennent spontanément pustuleuses, s'ombiliquent et suppurent. Quelques vésicules seulement, — en très petit nombre, — se dessèchent et s'encroûtent sans aller plus avant. Pendant toute la période de suppuration, la fièvre est très élevée, et l'état général mauvais. Cependant, malgré des accidents locaux (abcès dermiques et ganglionnaires), malgré même une légère broncho-pneumonie, l'enfant finit par guérir au bout de six semaines avec des cicatrices varioliformes nombreuses sur le tronc, les membres et quelques-unes sur la face.

Le petit sujet ayant été vacciné avec succès 8 mois avant, il n'y avait pas à songer à la variole. D'ailleurs, il n'y avait pas en ce moment d'épidémie de variole, et il y avait au contraire une épidémie de varicelle.

Cette intéressante observation montre que, sous l'influence d'une irritation cutanée, la varicelle réagit non seulement par la confluence de ses vésicules, mais aussi par leur suppuration, suppuration bien nette puisqu'il y a eu une fièvre assez élevée et des cicatrices.

Il faut également noter ce fait que, dans cette observation, la varicelle semble avoir suppuré partout, aussi bien sur les membres que sur le tronc, contrairement à la plupart de nos observations. C'est qu'ici la cause provocatrice, le bain sinapisé, a agi aussi bien sur les membres que sur le tronc. La face seule semble avoir été jusqu'à un certain point respectée par la suppuration : et en effet c'était le seul endroit du corps qui n'ait pas été soumis à la cause d'irritation.

OBSERVATION XIII. — Varicelle suppurée au niveau
de badigeonnages de teinture d'iode.

(DESOIL. *Ibidem*, 1899.)

Fille de 3 ans qui avait présenté des râles de bronchite et qui

avait été badigeonnée à la teinture d'iode deux jours avant l'éruption.

L'éruption apparaît très confluyente au niveau des régions badigeonnées, et discrète partout ailleurs. Toutes les vésicules au niveau du badigeonnage de teinture d'iode se pustulisent sans exception. Elles s'ombiliquent : la fièvre monte à 39°5 et reste élevée pendant toute la durée de la suppuration. Elles ne guérissent que tardivement, en laissant des cicatrices de variole. Quelques-unes seulement se pustulisent dans les autres parties du corps.

Cette observation est analogue à la précédente et son étiologie est encore plus évidente, s'il est possible.

Nous pouvons rapprocher de ces observations un cas publié par HOCHSINGER dans son travail sur les rapports entre la variole et la varicelle, cas qu'il considère comme une variole, mais qui pourrait bien être de la varicelle suppurée.

OBSERVATION XIV. — Un cas de variole (?) prise au contact d'un varicelleux chez une femme récemment vaccinée avec succès.

(HOCHSINGER. *Centralb. fur. klinik. Med.* 1890.)

Un garçon de dix ans prend la varicelle en même temps que 14 élèves de sa classe; il guérit dans sa famille, sans suppuration et sans fièvre.

Douze jours après le début de son éruption, son frère, âgé de 13 ans, et sa mère tombent malades. Le premier a une varicelle bénigne et simple. La mère, après une invasion de deux jours, présente une variole typique, grave, dont 300 pustules au moins suppurèrent, qui devint confluyente par places et qui produisit des ulcérations et des cicatrices.

Cette femme n'avait eu aucune communication avec l'extérieur dans les limites de l'incubation variolique. Elle avait été vaccinée dans son enfance, et revaccinée récemment avec succès.

On peut interpréter cette observation de trois manières:

1° L'enfant a eu la varicelle et la mère a eu la variole. C'est la conclusion de HOCHSINGER qui en déduit que la varicelle peut engendrer la variole, et qui en fait un argument en faveur de la doctrine uniciste soutenue par HEBRA et KAPOSÍ. Mais rien ne prouve que la maladie de la mère ait bien été une variole. Tout d'abord il n'y a eu aucun contagio varioleux ; ensuite cette fièvre éruptive a eu une invasion de deux jours seulement : celle de la variole est de quatre jours, et quelquefois plus. Enfin et surtout cette femme avait été revaccinée avec succès, et l'on considère comme exceptionnels les cas de variole contractés dans ces conditions.

2° L'enfant, aussi bien que la mère, a eu la variole. C'était une varioloïde chez l'enfant, et une variole confluente chez la mère : c'est l'opinion de THOMAS qui répond à HOCHSINGER dans le même journal (n° 47). — Curieuse varioloïde qui frappe seize élèves d'une même classe (en conservant chez tous un caractère si bénin qu'elle a été prise pour de la varicelle, et qui ne s'accompagne pas de cas de variole vraie concomitants.

Et comment se fait-il que la mère, qui a été récemment revaccinée avec succès, et qui est par conséquent à l'abri de la variole, fasse une variole confluente, beaucoup plus grave que celle de son fils qui, lui, n'a pas été vacciné depuis dix ans ?

3° Aussi concluons-nous que la mère, comme les enfants, a eu la varicelle, mais que cette varicelle a suppuré. — C'est la seule hypothèse qui s'accorde à la fois d'une part avec le contagio de ces enfants, d'autre part avec sa récente vaccination.

Nous n'avons rapporté ici que des observations bien

nettes et prises avec quelques détails. Mais on trouve à chaque pas, aussi bien au lit du malade que dans les travaux qui traitent de la varicelle, des observations où quelques vésicules seulement ont suppuré. Nous dirons même que peu de varicelles échappent à la transformation purulente de quelques-unes de leurs vésicules.

Parmi les nombreuses varicelles que nous avons eu l'occasion d'étudier tant à Trousseau que dans le service de M. ROGER à l'hôpital d'Aubervilliers — et ce nombre s'élève à plus d'une cinquantaine —, nous avons souvent vu deux ou trois éléments suppurer.

C'est ainsi qu'une petite fille, actuellement en traitement à cet hôpital, a été atteinte de varicelle hémorragique. Elle était d'ailleurs sujette au purpura, et avait eu, il y a quelques années, une maladie de Wehrloff soignée à l'hôpital des Enfants-malades. Elle fit récemment, en même temps que sa varicelle, une nouvelle poussée de purpura, et les vésicules varicelleuses se remplirent de sang. — Mais quelques-unes suppurèrent également, de sorte qu'on put observer, à côté de bulles pleines d'un sang brunâtre, des phlyctènes de près d'un centimètre de large remplies d'un liquide à la fois purulent et hémattique dans lequel l'examen microscopique montra une grande quantité de leucocytes en même temps que des globules rouges. — Voici donc un cas de varicelle à la fois hémorragique et purulente.

Nous trouvons, dans la thèse de PUIG⁽²⁾, un cas de varicelle dans lequel plusieurs vésicules prirent l'aspect

(1) Cette observation paraîtra dans la statistique que M. ROGER publie tous les ans dans la Revue de médecine.

(2) PUIG. Thèse de Paris, 1888, obs. XIII.

de pustules et s'ombiliquèrent. Comme la période d'invasion avait été marquée par une rachialgie assez vive, comme l'éruption s'était faite en une seule fois, et comme il y avait ombilication et suppuration avec fièvre assez élevée, M, CHAUFFARD suspendit son diagnostic entre varicelle et varioloïde, jusqu'à ce que la dessiccation rapide sans cicatrices vînt prouver que c'était bien de la varicelle.

M. RENDU, à la Société médicale des hôpitaux, rapporte un cas analogue, de varicelle avec éclosion, à la face, de pustules dont quelques-unes absolument ombiliquées comme celles de la variole. L'évolution montra qu'on avait affaire à une varicelle.

Nous sommes maintenant en possession d'un nombre d'observations suffisant pour tracer un tableau d'ensemble de la varicelle suppurée.

CHAPITRE II

Etiologie

Fréquence. — La varicelle suppurée généralisée — ou presque généralisée — est assez rare relativement à la fréquence de la maladie. La plupart des auteurs qui insistent sur la forme hémorragique et surtout sur la forme gangréneuse de cette affection, font à peine mention de la varicelle suppurée. — Toutefois, nous avons pu en réunir cinq cas personnels sur un total d'une cinquantaine de varicelles observées, et nous sommes persuadés que souvent des varicelles suppurées ont passé inaperçues. Toutefois cette complication, sans être exceptionnelle, est assez rare.

Mais, par contre, la suppuration isolée de quelques éléments au cours d'une varicelle normale est extrêmement fréquente. Il est rare de trouver une varicelle de quelque intensité sans suppuration de quelques éléments ; le fait passe d'ailleurs le plus souvent inaperçu, et avec juste raison, car ces cas ne méritent pas à proprement parler le nom de varicelle suppurée.

Influence de l'âge. — Il est incontestable que les enfants sont surtout prédisposés à faire des infections secondaires cutanées. L'état de propreté plus ou moins relative de leur peau, la fréquence des lésions cutanées chez eux, expliquent cette prédisposition.

Tous nos cas personnels, sauf un, concernent des enfants. On nous objectera que la varicelle elle-même frappe rarement les adultes. Cependant nous avons observé un certain nombre de cas chez l'adulte, aucun n'a suppuré. Il y a eu à l'hôpital d'Aubervilliers, une assez considérable épidémie de varicelle portant sur des Malgaches et des Dahoméens venus à Paris pour l'Exposition. Sur une cinquantaine de cas, aucun n'a suppuré. Malgré la conformation spéciale de leur peau, la maladie a été chez eux particulièrement bénigne.

Les nouveau-nés sont rarement atteints de varicelle. Toutefois elle s'observe chez eux. En raison de la conformation un peu spéciale de leur revêtement cutané, de la fragilité de leur épiderme, on pourrait admettre à priori qu'ils soient plus prédisposés que les autres à la suppuration. Il ne semble pas que le fait ait été signalé. En effet APERT (1) relate une épidémie de varicelle dans une maternité, c'est-à-dire portant chez de tout jeunes nourrissons : il conclut que les nouveau-nés débiles font souvent, surtout s'ils sont tuberculeux, des pustules nécrotiques avec cachexie souvent, mais il ne parle pas de suppuration.

État général. — Les enfants débiles ou malades ont une prédisposition évidente à cette complication de la varicelle. La constitution médiocre des enfants est souvent notée, parfois même on trouve des antécédents scrofuleux nets (Obs. IX, XII). A ce point de vue, l'observation VI est particulièrement intéressante puisqu'elle porte sur trois enfants d'une même famille placés dans les mêmes

(1) APERT. *Bulletin médical*, 1^{er} septembre 1895.

conditions hygiéniques et soumis au même contagé. Tandis que les deux enfants bien portants ont une varicelle très bénigne, l'autre — qui d'ailleurs n'est pas le plus jeune — fait une varicelle suppurée. C'est un enfant délicat, atteint d'une gastro-entérite chronique et d'adéno-pathie trachéo-bronchique.

Rappelons cependant qu'un grand nombre de nos cas concernent des enfants vigoureux, sans hérédité chargée, sans stigmates de scrofule ni de rachitisme. Ce qui montre que les causes générales n'ont peut-être pas dans l'étiologie de la suppuration varicelleuse un aussi grand rôle que les causes locales, portant directement sur la peau.

Causes locales. — *Etat antérieur de la peau.* — Le peu de propreté d'un grand nombre d'enfants suffit à expliquer la suppuration dans le plus grand nombre des cas. « Chez les enfants que nous voyons en ville, dit M. SEVESTRE, dans les familles soigneuses, la suppuration est vraiment exceptionnelle, tandis qu'elle est assez fréquente sur les enfants de l'hôpital, chez lesquels l'hygiène de la peau laisse souvent à désirer et qui sont plus sujets à présenter sur leurs téguments les microbes de la suppuration. »

Ayant eu dès le début l'attention attirée sur ce point, nous avons examiné avec soin tous les enfants observés, et, s'il est vrai que nous avons constaté plusieurs fois l'absence de propreté, nous l'avons vue manquer assez souvent. De plus, un certain nombre d'observations non personnelles notent également l'absence de cette cause occasionnelle. Enfin, nous avons vu plus d'une varicelle évoluer sans suppuration chez des enfants fort mal tenus.

La saleté de la peau n'explique donc pas toujours la suppuration, souvent il faut faire intervenir une autre cause.

Grattage. — Nous en dirons de même du grattage. Il est incontestable qu'il provoque, dans toute varicelle, la suppuration de quelques éléments, et c'est uniquement à son influence que les auteurs classiques attribuent la production des cicatrices. Mais nous l'avons vu souvent faire défaut, et d'ailleurs pourrait-il expliquer la suppuration généralisée de tous les éléments qui est notée dans un certain nombre de cas ?

Siège des vésicules suppurées. — Quand un petit nombre seulement de vésicules suppurent dans une varicelle normale, ces éléments sont situés surtout dans les régions irritées par l'urine ou les matières fécales (fesses, périnée, partie supérieure et interne des cuisses, régions déclives). Ce qui s'explique de soi-même par le peu de propreté de ces régions.

Mais dans les cas plus généralisés, que nous avons surtout en vue, le siège des pustules est souvent différent. Dans les cas de MERKLEN, elles se trouvaient surtout à la face, au cou et aux extrémités. Dans nos observations personnelles, le lieu d'élection était avant tout le tronc, et ensuite la face. L'intégrité des membres était constante et remarquable. D'ailleurs, l'éruption avait toujours commencé par le tronc ; les vésicules des membres étaient toujours plus récentes et appartenaient à une seconde poussée. De sorte que, l'évolution des pustules suppurées étant beaucoup plus longue que celle des autres, l'éruption du tronc existait avant et persistait après celle des membres. A la face, la suppuration a été assez fréquente.

Il faut remarquer qu'au tronc c'étaient surtout les régions déclives qui étaient atteintes, le dos et les fesses notamment, et souvent la partie postérieure des épaules.

Affections cutanées. — Leur influence est incontestable et facile à comprendre. Elle sont notées très nettement dans un des cas de MERKLEN, où un enfant avait de l'eczéma des orteils d'un seul pied, et eut de ce côté une poussée particulièrement intense de bulles purulentes.

Irritations cutanées. — Il en est de même des irritations cutanées artificielles. Il est d'observation courante que dans la variole les irritations thérapeutiques (teinture d'iode, sinapismes, vésicatoires, ventouses) produisent, au même titre que les maladies cutanées, une confluence très nette des pustules à leur niveau, confluence exactement limitée au point d'application. Le même fait a été signalé pour la varicelle (GALLIARD, HENOCH), quoi qu'il soit moins net à cause du peu d'éléments de cette dernière maladie.

Mais le point intéressant pour nous, c'est que la varicelle ne réagit pas seulement par la confluence de ses éléments, mais aussi par leur suppuration. Les deux observations de DESOUL sont particulièrement typiques : dans l'une un badigeonnage de teinture d'iode, dans l'autre un bain sinapisé, provoquent la suppuration des vésicules, limitée à la région badigeonnée dans le premier cas, généralisée à tout le corps, sauf à la face, dans le second.

Eruptions antérieures et rash. — Leur influence est probablement du même ordre. Elle est très nette pour la scarlatine. Les observations V, IX, X, XI en sont des exemples incontestables. Nous avons éliminé les cas où la scarlatine était douteuse et où l'on pouvait soule-

ver l'hypothèse d'un rash scarlatin, pour ne garder que celles qui auraient été nettement précédées d'angine, et qui présentaient une langue dépouillée. Chez toutes, la varicelle a suppuré. Cependant les thèses de BEZ et de POUILLAIN, qui traitent des rapports de ces deux fièvres éruptives, ne parlent pas de cette particularité.

Que la varicelle survienne pendant l'éruption scarlatineuse, après cette éruption ou même pendant la desquamation, elle suppure. Il serait intéressant de voir si, après la desquamation finie, alors que l'épiderme est en tout ou partie renouvelé, la suppuration se produit encore; nous n'en possédons point d'observation. Par contre, dans tous les cas de varicelle ayant précédé la scarlatine, nous n'avons jamais trouvé de suppuration.

Il semble donc que l'éruption scarlatineuse laisse la peau dans un état de moindre résistance. — Peut-être le nombre de microbes à sa surface est-il plus grand qu'avant la maladie. Toujours est-il que l'infection des vésicules sur cette peau se fait très facilement, pendant et après l'éruption.

Il serait intéressant de rechercher si, dans ces cas, l'infection secondaire qui atteint l'élément varicelleux est due au streptocoque et non au staphylocoque, hôte habituel de la peau et agent le plus fréquent de la suppuration varicelleuse.

On sait, en effet, que le streptocoque est l'agent le plus fréquent des infections secondaires au cours de la scarlatine (COURTOIS, thèse de Paris, 1898), et que certains auteurs tendent même à en faire l'agent pathogène de la scarlatine, qui ne serait qu'une angine à streptocoques avec éruption (BERGÉ).

L'influence des rash varicelleux est beaucoup moins nette. Toutefois nous avons noté dans deux de nos cas un rash (scarlatiniforme et morbilliforme) qui a précédé l'éruption ou du moins la suppuration. Etant donnée la rareté des rash dans la varicelle, il est peut-être permis d'y voir un rapport de cause à effet. Le rash agirait ici au même titre que l'éruption scarlatineuse, en provoquant des modifications dans la circulation capillaire de la peau.

L'influence de la rougeole antérieure est beaucoup moins nette que celle de la scarlatine.

Toutes les causes précédentes concourent à provoquer la suppuration de la varicelle, on les trouve dans presque tous les cas, soit isolées, soit quelquefois associées ; mais il ne faut pas oublier que, dans un certain nombre de cas, on ne trouve aucune cause à la suppuration, et ce sont les cas que M. MERKLEN considère comme dus à une infection simultanée par l'agent de la varicelle et les microbes vulgaires.

CHAPITRE III

Symptômes.

La symptomatologie varie selon le nombre de vésicules qui suppurent, et si quelquefois, dans les cas généralisés, elle a pu s'accompagner de phénomènes locaux et généraux assez graves pour faire croire à une variole, dans les cas au contraire où la suppuration se réduit à quelques vésicules, le tableau clinique de la varicelle est à peine changé. Tout se réduit à la pustulisation de quelques éléments, qu'il faut rechercher le plus souvent.

Nous décrirons d'abord les phénomènes locaux qui se passent du côté de la vésicule; nous décrirons ensuite les phénomènes généraux qui s'y joignent quand la suppuration est généralisée.

Début. — C'est généralement au cours d'une varicelle d'apparence normale que survient la suppuration. On ne trouve donc rien de particulier, ni dans la durée de l'incubation, si difficile d'ailleurs à apprécier, ni dans la période d'invasion, qui, d'après les cas publiés, ne semble pas être marquée par des phénomènes généraux plus intenses que dans la varicelle normale.

Les éléments sont d'abord clairs, et ils semblent évoluer comme tous les autres, parfois même (obs. V) ils semblent vouloir se dessécher déjà, quand apparaît, peu

à peu, la suppuration qui se produit d'ordinaire au troisième ou quatrième jour.

Suppuratio. — Tandis qu'on voit, chez le même sujet, les vésicules normales, aussitôt que le liquide citrin est devenu blanchâtre, se flétrir et se dessécher sans se rompre, on voit les vésicules qui vont suppurer se remplir d'un liquide jaunâtre, augmenter de volume et s'entourer d'une aréole rouge.

Le pus qu'elle contient est épais, filant, et absolument opaque. Il est jaunâtre, tandis que le liquide que contient la vésicule normale est blanchâtre et moins épais. Quelquefois même il est absolument vert.

L'augmentation de volume de la vésicule est fréquente, et, dans certains cas, considérable. On peut voir une vésicule de 3 millimètres de diamètre doubler de volume. En même temps elle s'étale, et ses bords deviennent irréguliers, déchiquetés. Leur grand axe, sur le corps, est le plus souvent transversal, comme d'ailleurs les plaques de pemphigus qui peuvent les accompagner. — On peut voir, dans certains cas, deux vésicules voisines venir à la confluence et former une véritable phlyctène purulente. Nous avons vu des vésicules d'un volume moyen atteindre près d'un centimètre de diamètre. BOLOGNINI rapporte avoir vu des vésicules grandir presque à vue d'œil et atteindre en quelques heures le volume d'une pièce de deux centimes. Souvent cependant la vésicule augmente à peine de volume.

L'aréole inflammatoire qui entoure la vésicule peut être considérée comme constante. Elle est très fréquente dans la varicelle normale, mais elle est alors peu prononcée et ne dépasse guère 2 millimètres. Dans la varicelle

suppurée, au contraire, elle a la forme d'un halo d'un rouge très foncé tout autour de la vésicule, et qui va en décroissant à la périphérie. Ce halo peut atteindre près d'un centimètre de rayon ; il est plus ou moins accentué, mais manque rarement. On voit facilement la différence avec les autres vésicules non suppurées qui, elles, sont entourées d'une zone à peine teintée.

Il faut noter que la même rougeur existe autour des pustules dans la variole, et plus particulièrement dans la variole discrète (quoique suppurée). C'est donc un phénomène commun aux éruptions vésiculeuses suppurées et très discrètes. Il peut exister dans les varioles abondantes, mais alors les zones rouges arrivent à la confluence, se confondent entre elles, et les pustules ont l'air de reposer sur un fond rouge uniforme.

En même temps que le liquide devient purulent, la vésicule s'aplatit. Tant que le liquide est clair, elle a souvent un aspect en dôme, en cloche, souvent elle est hémisphérique et très saillante, on voit même quelquefois sa base s'étrangler. Quand le liquide se trouble, elle s'affaisse, s'aplatit, devient moins saillante, et c'est à ce moment que se produit l'ombilication.

L'ombilication est rare dans la varicelle normale. Quelques auteurs en font même un signe distinctif propre à la variole. Elle est très fréquente dans la varicelle suppurée. Elle est souvent très marquée et occupe le tiers ou même la moitié de la pustule, en restant toujours à son centre.

Ainsi constituée, la pustule de varicelle ressemble à celle de la variole. Cependant elle est plus volumineuse généralement ; quelquefois elle est ovale, ses bords sont souvent déchiquetés, elle reste superficielle et non en-

châssée dans le derme. Enfin le pus qu'elle contient est rarement blanc comme celui de la variole.

La pustule met cinq ou six jours pour arriver à cette période, et à ce moment elle subit deux évolutions.

Ou bien elle se rompt, soit par grattage, soit spontanément, l'épithélium tombe et il reste un cratère dont le fond est constitué par le pus. Ce pus se dessèche peu à peu et finit par se concréter. Il formera une croûte épaisse qui sera quelquefois très lente à tomber (1).

Ou bien la pustule se dessèche sans s'ouvrir. L'ombilication se forme, ou, si elle existait déjà, elle s'accroît et s'affaisse de plus en plus.

Sa partie tout à fait centrale se dessèche la première, elle devient jaunâtre, puis brune; on a alors l'aspect en cocarde, le centre formé par une croûte brunâtre, la périphérie par l'aréole rouge inflammatoire, la partie intermédiaire est occupée par le pus. Bientôt la croûte centrale s'agrandit, elle gagne de plus en plus la périphérie, et bientôt elle occupe toute l'étendue de la pustule. Cette croûte est épaisse, beaucoup plus élevée que la petite croûte papyracée de la varicelle qui n'a pas suppuré. Elle fait saillie sur la peau qui l'entoure. Elle adhère au derme par sa partie centrale. Elle est très lente à tomber (jusqu'à trois semaines quelquefois). Enfin, comme celle de la variole, elle laisse une cicatrice.

En effet, quand la croûte est tombée, on s'aperçoit

(1) La blancheur du pus variolique en fait un pus un peu spécial. Les recherches de MM. ROGER et WEIL ont montré en effet qu'il était dû au parasite qu'ils ont isolé dans cette maladie. Au contraire, dans la varicelle suppurée, le pus n'est pas dû au parasite encore inconnu de la maladie, mais à des infections secondaires. C'est donc du pus banal, variable par conséquent.

qu'elle a laissé à sa place une dépression arrondie, cupuliforme, assez profonde quelquefois, et d'un diamètre de 2 millimètres environ. Le fond de cette dépression est tapissé par un épithélium de formation récente, très pigmenté, rouge brun. Tout autour de la dépression est une zone à peu près circulaire, d'un rayon de 2 à 3 millimètres, également tapissée par de l'épithélium récent, moins pigmenté cependant que celui de la cicatrice. Les limites de cette zone sont déchiquetées, irrégulières, très nettement marquées par l'épithélium de la peau saine, qui s'y arrête brusquement et qui tend à desquamer légèrement. Tel est l'aspect de la cicatrice ; peu de temps après la chute de la croûte, elle est analogue à celle de la variole.

Bientôt l'épithélium nouveau s'épaissit, perd sa pigmentation et bientôt ne se distingue plus de l'épiderme sain qui l'environne. Alors il ne reste plus comme témoin de la pustule que la dépression centrale qui est blanchâtre et fibreuse. Ces cicatrices sont indélébiles.

Mais les pustules suppurées n'aboutissent pas toutes à la formation de telles cicatrices. Beaucoup se recouvrent de croûtes moins épaisses, qui tombent plus rapidement que les précédentes, et qui ne laissent à leur suite qu'une zone arrondie recouverte par de l'épithélium récent, pigmenté sans aucune dépression.

Aussi les cicatrices sont-elles toujours peu nombreuses. Dans nos varicelles suppurées, nous en avons compté au plus une dizaine.

Il est à remarquer que toutes les poussées ne suppurent pas. Dans la plupart de nos cas, c'était la première poussée, celle du tronc, qui suppurait.

Les jours suivants, apparaissait une seconde poussée

qui, généralement, évoluait normalement et ne laissait pas de cicatrices. Dans les cas de MERKLEN et de BOLOGNINI pourtant, qui constituent les formes les plus accentuées et les plus généralisées de la maladie, il n'y a eu qu'une seule poussée. — Il est d'ailleurs assez fréquent que la varicelle se réduise à une seule poussée.

On sait que la varicelle s'accompagne souvent d'une éruption sur les muqueuses, notamment sur le voile du palais et quelquefois sur la langue. Nous avons recherché avec soin cet énanthème dans tous nos cas. Dans deux cas seulement il a existé, et dans ces observations il ne semble pas avoir suppuré.

Rappelons que dans certains cas on peut avoir à la face une véritable confluence, et MERKLEN signale dans deux de ses cas un véritable gonflement de la face et surtout du nez.

Symptômes généraux. — Rien de plus variable que la fièvre dans la varicelle normale. Pourtant, dans la majorité des cas, quand elle existe, elle monte brusquement pendant la période d'invasion, puis, peu de temps après que l'éruption est apparue, elle tombe assez rapidement. Elle est bientôt à la normale, où elle reste pendant toute la durée de la vésiculation et de la dessication. Pourtant, s'il survient une nouvelle poussée, il est fréquent de voir la fièvre remonter au début de cette nouvelle éruption. Quoi qu'il en soit, on n'observe jamais, dans la varicelle normale, de véritable fièvre de suppuration.

Or, dans la varicelle suppurée, cette fièvre peut exister. — Dans un cas de MERKLEN, la fièvre monte d'abord — au moment de l'invasion à 38°. — Le soir, l'éruption apparaît, l'enfant monte à 39°. Le lendemain, pendant

que se fait la vésiculation, la fièvre diminue légèrement. 38,2 le matin, 38,6 le soir. — Le surlendemain matin, les vésicules continuent à évoluer, l'enfant n'a que 37°6. Mais le soir apparaît la suppuration et la fièvre remonte à 39°. — Elle n'y reste qu'un jour d'ailleurs et bientôt la température redevient normale. — Dans un second cas de MERKLEN, plus bénin, la température, qui a été au début de 38° 2, tombe le lendemain au-dessous de 37° et se maintient autour de 37° jusqu'au surlendemain, jour de suppuration, où elle remonte à 38°.

N'y a-t-il pas là une esquisse de fièvre de suppuration? Et ces courbes de température ne sont-elles pas différentes de celles qu'on voit d'ordinaire dans la varicelle où, presque toujours, après l'ascension du début, la température *ne remonte jamais*, à moins qu'il n'y ait une nouvelle poussée. — Or, dans le cas présent, il n'y a pas eu de poussée nouvelle.

Dans les faits de BOLOGNINI, on voit que la fièvre, au lieu de disparaître rapidement au moment de la vésiculation, persistait et ne s'éteignait qu'au moment où le nouvel épiderme commençait à s'étendre et à recouvrir les ulcérations.

Dans les deux cas de DESOIL (obs. XII et XIII), la fièvre s'élève au moment de la suppuration à 39°5 et persiste, très élevée, pendant toute sa durée. Il en est de même dans l'observation XIII de la thèse de PUIG.

Hématologie. — L'examen du sang n'a été fait que dans les cas de BOLOGNINI. Dans la plupart des cas examinés, cet auteur a trouvé une leucocytose assez notable (1 à 225, 250). Malheureusement, l'auteur italien s'est contenté d'un examen quantitatif. Or les recherches récentes de

M. Emile WEIL ont montré que dans la varicelle, comme dans la variole — quoique à un moindre degré — la leucocytose était avant tout une mononucléose, au lieu que la leucocytose qui accompagne la plupart des maladies infectieuses et également les suppurations était surtout une polynucléose.

On sait qu'au cours de la variole les suppurations secondaires changent la formule leucocytaire normale de la maladie et la font dévier vers la polynucléose. Car l'agent pathogène de la variole produit une mononucléose, et les microbes pyogènes banaux une polynucléose.

Il serait donc intéressant de constater de la polynucléose au cours de la varicelle suppurée : elle prouverait que la suppuration est due, non à l'agent spécifique de la varicelle, mais à des germes banaux surajoutés.

Durée. — La durée de l'évolution d'une vésicule suppurée peut atteindre trois semaines, alors que la vésicule normale ne dépasse pas quelques jours. Aussi la durée de la varicelle suppurée est-elle remarquablement longue, surtout s'il y a plusieurs poussées.

CHAPITRE IV

Complications

La varicelle suppurée s'accompagne plus fréquemment de complications que la varicelle simple, et c'est de là que vient sa gravité, car la suppuration en elle-même n'amène jamais la mort, du moins dans les observations publiées jusqu'ici.

Tout d'abord les abcès, les furoncles, les lymphangites sont plus fréquents, on le conçoit, dans les cas où de grandes parties de la peau sont couvertes de véritables plaques de pus.

Les infections générales sont également plus fréquentes au cours de la varicelle suppurée, et nous rapportons dans notre seconde partie une intéressante observation d'infection générale mortelle à staphylocoques consécutive à une varicelle suppurée.

Mais nous voulons surtout insister ici sur la fréquence du pemphigus, de la varicelle gangréneuse et de la néphrite.

Pemphigus. — C'est plutôt une association qu'une complication de la varicelle suppurée. — L'infection secondaire qui produit la suppuration des vésicules produit également l'apparition de ces larges bulles de pemphigus, atteignant jusqu'à 4 centimètre de large, très nombreuses,

couvrant tout le tronc et la face, plus abondantes sur les parties déclives, dont nous avons rapporté deux exemples. L'association de la suppuration et du pemphigus imprime à la maladie un caractère sérieux, sinon grave, car nos deux cas ont guéri.

Gangrène. — La varicelle gangréneuse est bien connue, mais les auteurs ne semblent pas avoir signalé ses rapports avec la suppuration des vésicules. Or, en dépouillant les observations de varicelle gangréneuse, il est fréquent de voir notée sans grands détails, d'ailleurs, et d'une manière épisodique, la suppuration des vésicules précédant la transformation gangréneuse.

OBSERVATION. XV. — Varicelle suppurée, puis gangréneuse.

DEME. — *Bericht des Jennerschen Kinterspitals zu Bern.* (1892) (Résumé)

Enfant de deux ans atteint d'une varicelle avec forte fièvre, vomissements teintés de bile et de sang, diarrhée. — A la fin du troisième jour, le contenu des vésicules devient gris clair, puis finalement violet gris, avec de nombreux corpuscules de pus, des globules rouges, et divers microbes qui n'ont pu être suffisamment déterminés. Au 4^e jour, confluence des vésicules, formation d'ulcères cratéri-formes et d'ulcérations diffuses couvertes d'un liquide gris clair — Albuminurie, cylindres hyalins, hémorragies intestinales. — Le sang présente une leucocytose notable. Mort le 7^e jour avec des convulsions. A l'autopsie, on trouve, en plus de la dégénérescence du myocarde, du foie et des reins, de nombreuses thromboses et des hémorragies des vaisseaux veineux venant des ulcères gangreneux.

OBSERVATION XVI. — Varicelle purulente suivie d'érysipèle et de gangrène.

Steffen-Pediatrica. IV. n° 10 (résumé).

Enfant de 7 ans, scrofuleuse, dont le père est syphilitique, dont trois frères sont morts tuberculeux et un autre de méningite. Atteinte d'une varicelle de moyenne intensité, mais qui devient confluent au coude droit, siège d'une lésion antérieure, où les éléments pas-

sèrent spontanément à la suppuration. — Elle fait un érysipèle partant du coude droit, c'est-à-dire de la région qui suppure; cet érysipèle se limite et semble terminé, quand bientôt la dernière phalange des cinq doigts devient livide et bientôt gangreneuse. — Les phalanges tombent en quelques jours. La guérison a été très lente.

Néphrite. — L'albuminurie a été notée dans un certain nombre de cas de varicelle suppurée. Mais ce sont surtout les observations de BOLOGNINI qui sont intéressantes à ce point de vue, à cause de la constance de l'albuminurie dans *tous les cas suppurés examinés*, alors que les autres enfants, atteints de varicelle normale, n'en présentaient pas.

Cette albuminurie atteignait souvent 0 gr. 50, 1 gramme. Dans un cas, elle atteignit 7 grammes, et l'on put déceler dans l'urine des globules rouges et des streptocoques : l'enfant mourut de sa néphrite : il avait présenté une infection générale à streptocoques; chez lui, c'était le streptocoque surtout qui avait envahi les pustules.

Dans tous les autres cas, on eut affaire au staphylocoque; de sorte que, en présence de la constance de l'albuminurie dans tous les cas suppurés, de son absence dans tous les autres cas, on est tenté de se demander si la néphrite n'était pas due à la complication staphylococcique plutôt qu'à la varicelle elle-même. La néphrite varicelleuse est en effet très rare, et l'on peut émettre l'hypothèse qu'elle est en rapport avec une infection secondaire ayant la pustule pour point de départ, cette infection secondaire étant presque toujours staphylococcique. On sait, en effet, la fréquence des néphrites dans les infections expérimentales à staphylocoques.

Quoi qu'il en soit, l'albuminurie est incomparablement

plus fréquente au cours de la varicelle suppurée qu'au cours de la varicelle normale.

Pronostic. — Le pronostic de la varicelle suppurée est uniquement lié à ses complications. Nous ne relevons pas un seul cas de mort du fait de la suppuration même, comme cela se voit si souvent dans la variole. — Les cas de mort sont dus, l'un à une septicémie, un second à une varicelle gangreneuse, le troisième à une néphrite. Le pronostic quoad vitam est donc bénin.

Quant aux cicatrices, elles ont vraiment bien peu d'importance puisqu'elles sont toujours très clairsemées, et puisque, prédominant au tronc, elles épargnent souvent la face; on ne voit pas dans la varicelle, même purulente, de visage grêlé comme dans la variole.

CHAPITRE V

Diagnostic

La suppuration de la varicelle a une importance capitale en ce qu'elle peut causer des erreurs de diagnostic nombreuses entre la varicelle et la variole. Ces erreurs sont extrêmement fréquentes et il arrive journellement à Aubervilliers qu'une varicelle soit envoyée comme variole par le médecin traitant, et réciproquement. Cette erreur de diagnostic peut avoir les conséquences les plus graves ; à l'hôpital on peut admettre dans la salle des varioleux un malade atteint de varicelle, qui pourra contracter la variole s'il n'a pas été récemment vacciné. Les résultats sont plus graves encore si l'on commet l'erreur inverse et si l'on met un varioleux dans une salle de varicelle. Nous savons qu'une maladie ne préserve pas de l'autre, et le malade pourra donner la variole à toute la salle. En ville, l'erreur est surtout grave si l'on méconnaît la variole ; on fait pratiquer un isolement insuffisant et la variole peut se propager d'autant plus vite que la désinfection n'a pas été faite et qu'on n'a pas revacciné dans la maison, comme cela se fait par les soins de la préfecture de police chaque fois que le diagnostic de variole a été porté.

C'est surtout sur le diagnostic que nous insisterons, puisque c'est là surtout que l'erreur a été faite. En temps

ordinaire, en dehors de toute épidémie de variole, les médecins tendent plutôt à méconnaître la variole et à en faire de la varicelle. Nos cas personnels ont été au contraire observés pendant l'épidémie de variole qui a atteint Paris en 1900, et c'est le contraire qui a eu lieu. Tous nos cas de varicelle suppurée ont été envoyés à l'hôpital d'Aubervilliers avec le diagnostic de variole, et, dans un cas, l'erreur n'a pas été évitée par l'élève de garde et la malade — c'était une adulte — a été envoyée à la salle de variole.

Variole. — Quand la variole est confluyente, le diagnostic s'impose toujours ; en effet, la varicelle, suppurée ou non, peut être abondante, elle n'est jamais confluyente, elle n'est même presque jamais cohérente. C'est donc seulement dans les cas de variole discrète que se pose le diagnostic. Rappelons les signes sur lesquels on doit se baser :

1° L'âge n'a qu'une importance de second ordre. Étant donnée la fréquence de la varicelle chez les enfants, étant donné aussi que chez eux la vaccination est relativement récente, on tend généralement à considérer une éruption pustuleuse comme une varicelle si elle survient chez l'enfant, comme une variole si elle survient chez l'adulte. C'est là un raisonnement un peu simple, car la varicelle se voit assez souvent chez l'adulte, et la variole assez souvent chez l'enfant. Nous avons vu des varioles survenir chez des enfants vaccinés avec succès depuis quelques mois seulement. Ce sont là des exceptions, il est vrai, mais elles montrent bien que rien n'est plus illogique que de se baser sur l'âge pour faire un tel diagnostic. — D'ailleurs, plus les enfants sont jeunes et plus ils sont récem-

ment vaccinés, plus ils font des varioles légères, discrètes, propres, par conséquent, à être confondues avec la varicelle.

2° La notion de vaccination récente, surtout si elle a été suivie de succès, est évidemment en faveur de la varicelle. Nous avons vu cependant que la variole peut survenir chez des sujets récemment vaccinés.

3° La notion de contagé est d'une grande importance, mais il ne faut pas se fier au diagnostic du malade, qui traite souvent de variole tout ce qui est éruption pustuleuse ; et il ne faut ajouter qu'une foi relative au diagnostic du médecin traitant, car un grand nombre de médecins ne savent pas reconnaître la variole pour l'excellente raison qu'ils n'en ont jamais vu.

Il faudra donc se faire décrire par le malade les symptômes que présentait la personne avec qui il a été en contact, afin d'établir soi-même un diagnostic rétrospectif de variole et de varicelle : il faudra aussi tenir compte des dates de contact et ne pas oublier que l'incubation de la variole est de dix à quinze jours, et celle de la varicelle de quatorze jours en moyenne.

4° La durée de la période d'invasion est de trois ou quatre jours dans la variole, avec des phénomènes généraux assez intenses, et, même dans les formes très discrètes, un certain degré de rachialgie. Dans la varicelle, l'invasion est très courte — un jour ou deux — et quelquefois même les phénomènes généraux sont si peu marqués que le malade s'aperçoit de son éruption par hasard. C'est ce qui est arrivé pour la seule de nos malades qui ait pu nous donner des renseignements précis sur le début de sa maladie : elle a continué de travailler malgré un

peu de céphalée, elle a été consulter le médecin qui a fait le diagnostic d' « éruption de sang » et a continué de travailler encore deux jours jusqu'au moment où elle a été consulter à Saint-Louis, où on a fait le diagnostic de variole. La présence de phénomènes généraux graves est donc en faveur de la variole; pourtant il est bien fréquent de voir des varioles très discrètes ne se traduire que par des symptômes généraux très atténués, et les malades se promener avec leurs pustules.

Arrivons maintenant aux caractères objectifs de l'éruption qui sont de beaucoup les plus importants.

5° Il est un caractère qui prime tous les autres, l'éruption de variole se fait en une seule poussée : l'éruption de varicelle se fait en plusieurs. Si donc on trouve des éléments d'âges différents, si surtout on voit des éléments transparents et clairs à côté d'autres éléments suppurés, il ne faut pas hésiter à faire le diagnostic de varicelle. C'est ce qui s'est produit dans presque tous nos cas qui portaient, à côté de pustules nettes sur le tronc, des vésicules absolument transparentes sur les membres. Cependant, dans une variole on trouve souvent des éléments *d'aspect très différent*, des pustules en pleine suppuration par exemple à côté d'autres qui sont déjà sèches. C'est ici que les éléments ont évolué différemment, l'un a suppuré, l'autre s'est flétri, mais ils sont cependant du même âge, c'est-à-dire qu'ils sont apparus *en même temps*, et le malade n'a pas vu, depuis son éruption, apparaître de nouveaux éléments.

6° L'élément bulleux, clair, transparent comme de l'eau de roche, est caractéristique de la varicelle.

7° La vésicule de varicelle est plus volumineuse que

celle de la variole, elle est du moins plus variable comme taille. Jamais dans la variole on ne voit ces larges bulles comparables à celles du pemphigus qui accompagnent si souvent les vésicules de varicelle.

8° La forme de la vésicule de varicelle est souvent oblongue, celle de la variole est toujours arrondie.

9° L'ombilication est en général un signe de variole, mais elle se voit dans la varicelle suppurée.

10° Le pus de la varicelle est variable, blanchâtre, jaunâtre ou verdâtre. Il est moins épais que celui de la variole, qui est toujours blanc, du moins au début.

11° L'aréole inflammatoire est, en général, plus prononcée dans la varicelle suppurée, toutefois elle se voit souvent dans la variole, et plus particulièrement dans la variole discrète.

12° Enfin la pustule de variole est profondément enchâssée dans le derme; on sent au-dessous d'elle une légère induration: l'élément varicelleux, même quand il est suppuré, est superficiel, purement épidermique.

On peut donc toujours faire le diagnostic entre la variole et la varicelle suppurée, en analysant avec soin les caractères objectifs de l'éruption, et notamment en recherchant dans les parties couvertes, principalement sur le tronc, la vésicule varicelleuse typique.

Varioloïde. — La varioloïde étant, par définition, une variole qui ne suppure pas, le diagnostic n'est à faire pas tant avec la varicelle suppurée qu'avec la varicelle simple. D'ailleurs, qu'il soit suppuré ou non, l'élément varioleux conserve ses caractères objectifs, longuement analysés plus haut et nous ne saurions y revenir sans nous répé-

ter. Dans une varioloïde, il est rare d'ailleurs que quelques éléments ne suppurent pas.

Pemphigus. — Les bulles de pemphigus sont plus volumineuses que celles de la varicelle, qui d'ailleurs coexistent toujours avec des vésicules plus petites. Elles épargnent — sauf dans le pemphigus syphilitique, la paume des mains et la plante des pieds. Leur contenu est clair d'abord et se trouble bientôt, sans suppurer à proprement parler. Le pemphigus des nouveau-nés survient dans les quinze premiers jours.

Le pemphigus syphilitique ne survient guère que trois semaines après la naissance, se localise surtout dans les régions palmaire et plantaire : les éléments y suppurent plus rapidement.

Il faut en rapprocher l'affection décrite par les dermatologistes sous le nom de phlycténose streptogène, et qui se développe surtout sur les mains.

Pustules de Colles. — C'est une éruption pustuleuse disséminée, d'origine staphylococcique et absolument analogue aux éruptions pustuleuses qu'on voit dans la pyohémie staphylococcique, mais survenant en dehors de toute pyohémie.

Les éléments occupent toutes les parties glabres de la surface cutanée, elles envahissent souvent les faces palmaire et plantaire et aussi les fesses. Les éléments sont d'emblée suppuratifs; ils se développent rapidement et atteignent de suite leurs plus grandes dimensions qui varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'une lentille. — Elles s'ouvrent d'ordinaire rapidement; il se forme des croûtes brunâtres qui tombent sans laisser d'ulcérations ni de cicatrices. Cette affection ne ressemble

donc que de loin à la varicelle suppurée qui est toujours précédée d'une phase de vésicules claires.

Syphilis varicelliforme. — L'erreur a été commise plusieurs fois ; toutefois les lésions syphilitiques suppurent très rarement. Ici encore c'est la vésicule varicelleuse de fraîche date qui tranchera le diagnostic.

CHAPITRE VI

Anatomie pathologique.

Si l'on fait un frottis du contenu d'une vésicule de varicelle normale, quand la vésicule est claire, on est surpris de trouver une quantité considérable de leucocytes. Mais les leucocytes sont en grande partie des mononucléaires, semblables ou analogues à ceux qu'on trouve dans la pustule variolique.

A la période de suppuration, au contraire, le nombre des leucocytes a augmenté assez considérablement, la fibrine s'y trouve en plus grande abondance, mais, de plus, aux mononucléaires s'ajoutent un grand nombre de polynucléaires facilement reconnaissables à leur noyau en boudin. Il y a enfin un grand nombre de cellules épithéliales altérées.

Etant donné ce que nous savons des réactions leucocytaires de la varicelle (mononucléose sanguine étudiée par M. Émile WEIL), nous pouvons en conclure par analogie que la mononucléose qu'on constate dans la vésicule au début est due à la varicelle elle-même, tandis que la polynucléose qui vient la remplacer, ou du moins s'y ajouter dans la pustule suppurée, est due à une infection secondaire banale, produisant une réaction leucocytaire banale. — L'étude bactériologique nous montrera en effet que la varicelle suppurée est due non à l'agent de la varicelle, mais à une infection secondaire.

CHAPITRE VII

Bactériologie.

Les microorganismes décrits jusqu'à ce jour comme agents spécifiques de la varicelle sont, soit des cocci se rapprochant plus ou moins du staphylocoque, soit des parasites d'ordre plus élevé, se rapprochant des sporozoaires.

Microcoques. — TSCHANMER, cité par CHAMBARD, avait trouvé dans les croûtes un microbe spécial qu'il n'avait ni isolé ni cultivé.

Plus tard BAREGGI, de Milan, décrivait en 1885 un coccus formant des colonies d'un blanc de perle. Il l'aurait de plus rencontré dans les leucocytes du sang.

Enfin GUTTMANN communiquait en 1886 ses résultats à la Société de Médecine de Berlin. Il trouva trois sortes de cocci en cultures pures :

1^o Le staphylocoque doré;

2^o Un coccus blanc, ne liquéfiant pas la gélatine, se montrant en amas, non pathogène pour les animaux.

3^o Un coccus dont les colonies sont jaune verdâtre, puis jaune citron, puis vert jaune. Il ne liquéfie pas la gélatine, mais l'amollit un peu, très lentement. Il le distingue des deux précédents et l'appelle *Staphylococcus viridis flavescens*.

A la même Société, WOLFF confirme les travaux de GUTTMANN et décrit également des microbes qui ressemblent

au staphylocoque, un blanc, et un autre qui donne des colonies grisâtres.

Plus tard GUTTMANN montre la présence constante du staphylocoque doré dans les pustules de variolo et de varicelle, même au moment où ces pustules sont fermées.

FRAENKEL fit observer que tous les microbes étaient loin d'être les spécifiques de la varicelle, et que c'étaient des microbes banaux qu'on rencontre dans tous les pus.

Sporozoaires. — PFEIFFER décrit dans la varicelle, comme dans la variolo et le zona, un parasite, d'abord amiboïde, puis enkysté, qui après avoir émis des spores en grand nombre revenait à la forme amiboïde. — Il l'a trouvé sans exception dans trente cas, et chez les enfants récemment vaccinés, il a trouvé à la fois dans les vésicules de varicelle ce parasite, et dans les pustules vaccinales le parasite qu'il décrit comme celui de la vaccine. L'inoculation lui a donné des résultats positifs. — Mais l'examen des vésicules lui a montré également la présence du staphylocoque blanc, et de sarcines.

Tous les auteurs s'accordent donc à reconnaître la présence du staphylocoque dans les vésicules de varicelle. C'est également ce qui ressort de nos recherches. Les cultures nous ont donné trois fois du staphylocoque doré. Quant aux examens directs, ils nous ont montré la présence de cocci peu abondants au début, plus abondants au contraire à la période de suppuration. Nous avons trouvé fort peu de chaînettes à l'examen direct, mais des cocci isolés ou deux par deux.

C'est également ce qui ressort des recherches de BOLOGNINI, qui a trouvé constamment le staphylocoque dans ses cas de varicelle suppurée.

Mais un fait intéressant c'est que nous avons trouvé le staphylocoque dans deux cas tout au début, alors que les vésicules étaient absolument claires. Ces recherches concordent avec celles de GUTTMANN.

En concluons-nous que le staphylocoque est l'agent pathogène de la varicelle?

Évidemment non, car cette présence du staphylocoque est commune à toute production vésiculeuse sous-épidermique.

Ces faits prouvent simplement que le staphylocoque envahit très rapidement la vésicule à travers l'épiderme altéré.

CHAPITRE VIII

Pathogénie.

La suppuration de l'élément varicelleux est due, nous l'avons montré, à un microbe banal, principalement le staphylocoque. Elle n'est évidemment pas due à l'agent de la maladie elle-même.

En effet : 1° la varicelle normale ne produit en général pas de suppuration ; 2° quand elle suppure, la vésicule varicelleuse se remplit d'un pus tantôt blanc, tantôt jaune, tantôt verdâtre, d'un pus qui varie suivant l'agent infectieux qui l'a produite : cette suppuration est bien différente de la suppuration variolique qui est toujours semblable à elle-même, formée du même pus blanc et épais, qui se produit même à l'abri des germes extérieurs (expérience du verre de montre), et dans le pus de laquelle on ne trouve, pendant un certain temps, et même alors que la suppuration est déjà bien nette, que le parasite décrit par MM. ROGER et WEIL, à l'exclusion de tout autre microorganisme.

Ces faits différencient nettement la suppuration varicelleuse de la suppuration variolique, et montrent que la première est due à une infection surajoutée.

Quelle est la voie suivie par les microbes pour arriver à la vésicule varicelleuse ? Il est peu probable qu'on ait

affaire à la voie sanguine : il est au contraire beaucoup plus rationnel de penser qu'ils viennent de la peau elle-même.

Des microbes existent en grand nombre à la surface de la peau, principalement chez les enfants, surtout quand ils sont mal tenus. Leur distribution est variable, et leur nombre plus ou moins considérable selon les régions; ils sont plus abondants au périnée, au scrotum et dans les régions pileuses.

Ils siègent dans la couche cornée et à l'embouchure des follicules pileux. Ils sont plus abondants à la suite des fièvres éruptives, plus abondants chez les tuberculeux, plus abondants dans le milieu hospitalier (HUTINEL et LABBÉ).

Ne retrouvons-nous pas ici presque exactement les circonstances étiologiques dans lesquelles est survenue la suppuration dans la plupart de nos observations? Etat antérieur des enfants, régions atteintes, influence des fièvres, éruptions antérieures, influence de la tuberculose (l'un d'eux est atteint d'adénopathie trachéo-bronchique), milieu hospitalier (SEVESTRE)?

Parmi ces microbes, le staphylocoque est de beaucoup le plus fréquent, comme le prouve le tableau suivant dressé d'après des moyennes établies par REMLINGER :

Staphylocoque	48
Streptocoque	8
Colibacille	5

Ces chiffres sont sensiblement proportionnels à ceux qu'on trouve dans le contenu des vésicules suppurées. Le staphylocoque y prédomine : le streptocoque y vient ensuite. Quant au colibacille, nous savons qu'il siège sur-

tout aux fesses et aux cuisses, dans les régions souillées par les matières fécales.

Ces microbes, avons-nous dit, sont *contenus dans la couche cornée*. Leur pénétration dans l'intérieur de la vésicule est donc très facile, puisque le plafond de celle-ci n'est souvent formé que par la seule couche cornée, plus ou moins altérée.

Ils trouvent là, dans le liquide séreux ou séro-fibrineux qui remplit la vésicule, un bon milieu de culture, légèrement albumineux, et ils y pullulent.

Ils y pullulent dans tous les cas, mais ils n'arrivent à faire du pus que dans un petit nombre de cas, et c'est ici que nous devons invoquer des raisons tenant soit à l'organisme, soit au microbe.

Pour les causes tenant à l'organisme, nous les avons vues et nous n'y revenons pas. Mais il en est d'autres, car nous avons vu plusieurs fois la varicelle suppurer chez des enfants qui n'étaient ni mal tenus, ni débilités, ni atteints de maladies cutanées, ni convalescents d'une fièvre éruptive. Bien plus, nous avons vu la varicelle suppurée frapper plusieurs enfants d'un même milieu, agir comme une véritable épidémie (cas de BOLOGNINI, cas de MERKLEN, plusieurs cas personnels). Dans ces conditions, la maladie a frappé des enfants d'âge, de santé, et aussi, dans les cas de BOLOGNINI, de conditions sociales différentes; on est bien forcé d'admettre que, dans ces cas, la cause revient non au sujet, mais au microbe.

C'est pour expliquer ces faits que M. MERKLEN a proposé l'hypothèse d'une infection double et simultanée par les germes de la varicelle et ceux de la suppuration.

On peut donc, peut-être, dissocier la pathogénie de la

varicelle suppurée ; dans un certain nombre de cas, on trouve facilement l'explication de la suppuration, les enfants sont sales, ou porteurs de lésions cutanées quelconques qui expliquent la présence des germes pathogènes sur leur peau, et par conséquent la suppuration. Dans ces cas, toutes les vésicules ne suppurent pas. C'est une véritable infection *secondaire*, qui se produit *dans la vésicule*.

Dans d'autres cas, qui sont de beaucoup les plus rares, on ne trouve pas l'explication immédiate, et, de plus, la maladie est épidémique et contagieuse, et toutes ou presque toutes les vésicules suppurent. C'est alors qu'il faut admettre, soit des microbes plus virulents, soit une infection simultanée par l'agent de la varicelle et celui de la suppuration. C'est une infection *associée*, qui se produira également au lieu de moindre résistance du sujet, c'est-à-dire dans la pustule.

DEUXIÈME PARTIE

SUPPURATIONS SECONDAIRES AU COURS DE LA VARICELLE

L'infection secondaire, dans la varicelle, ne se produit pas seulement *dans les vésicules*, elle peut se produire aussi en dehors d'elles, et l'on a affaire alors à des suppurations cutanées et sous-cutanées, et même, dans certains cas, à des suppurations profondes soit articulaires, soit viscérales. Dans les premiers cas, l'infection se fait par contiguité, sans doute par voie lymphatique, et le malade peut guérir. Dans le second cas, on est en présence presque toujours d'une infection générale, par voie sanguine : d'une véritable septicémie et pyohémie d'origine varicelleuse, et le pronostic en est toujours fatal.

Ces suppurations sont donc bien différentes de celles que nous avons étudiées dans la première partie : dans celles-ci la suppuration *arrivait aux vésicules* qui en étaient le siège : tout se réduisait à cette suppuration purement épidermique ; dans celles-là, au contraire, la suppuration *part des vésicules*, suppurées ou non, pour atteindre, de là, soit la peau ou le tissu cellulaire sous-cutané, soit les articulations et les viscères, soit l'organisme tout entier, donnant lieu à une infection générale dont la porte d'entrée a été la varicelle, mais dont l'agent pathogène

a été, le plus souvent, un microbe banal, surajouté : c'est une infection secondaire de la varicelle.

Ces suppurations secondaires tiennent, dans l'histoire des complications de la varicelle, une place fort importante, sinon par leur fréquence, du moins par leur extrême gravité. — Tous les auteurs classiques les signalent sans y insister. Mais aucun travail d'ensemble n'a été publié sur le sujet et les observations de suppurations et de septicémies secondaires à la varicelle sont éparses dans la littérature médicale. La question est indirectement abordée dans la thèse de HULOT (1895) sur les infections d'origine cutanée chez les enfants, et dans le mémoire publié en 1896 par HUTINEL et LABBÉ sur les infections staphylococciques de l'enfance.

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de M. ROGER, un cas fort intéressant de varicelle compliquée d'abcès, d'otite, et de méningite suppurée avec abcès du cervelet. Nous rapporterons tout d'abord cette observation, que nous ferons suivre d'un résumé des observations publiées dans la littérature médicale, en distinguant les suppurations locales et les infections générales.

OBSERVATION XVII. — Varicelle. — Abcès de la fesse. — Otite moyenne. — Méningite cérébro-spinale suppurée. — Abcès du cervelet (streptocoque).

(Inédite, due à l'obligation de M. le D^r ROGER).

Watt. . . Emilienne, âgée de 3 ans, entre le 4 février 1900 à l'hôpital d'Aubervilliers, avec le diagnostic de variole.

On ne possède aucun renseignement sur le début de la maladie.

A son entrée on constate une éruption de varicelle intense, formée par de petites bulles contenant un liquide louche. L'éruption est beaucoup plus abondante sur la face, le thorax et l'abdomen, il n'y a presque rien sur les membres. L'état général est bon, la

température est de 38°6 à l'entrée, elle reste les trois jours suivants aux environs de 38, puis tombe à la normale. Il n'y a pas d'albumine; on ne constate rien à l'auscultation.

Le 10 février, alors que la dessiccation se poursuit normalement, sans nouvelle poussée de varicelle, la fièvre remonte assez brusquement à 39° et l'enfant accuse une douleur dans l'oreille droite. On fait le traitement habituel (lavages et glycérine phéniquée). La douleur persiste et la température reste aux environs de 39° d'abord, puis descend peu à peu. Le 14, la température est tombée à 38°, du pus s'écoule par l'oreille et la douleur diminue.

Cependant du pus continue à s'écouler par l'oreille et, du 14 au 21 février, la température reste aux environs de 37,6. L'état général est très bon.

Le 26, l'enfant refait, assez brusquement, une nouvelle poussée de fièvre (39°5), on découvre en même temps un gros abcès sous-cutané déjà fluctuant, à la fesse droite. Il est ouvert le 27, et l'on y place un gros drain. La température retombe à 37,6; l'état s'améliore, l'enfant fait encore quelques oscillations de température, qui vont en décroissant jusqu'au 3 mars où la température est retombée, sinon à la normale, du moins à 37°6, c'est-à-dire à la température qu'a présentée l'enfant depuis la guérison de sa varicelle. L'abcès s'améliore, cependant l'enfant reste grognon.

Le 9 mars, au matin, il fait une ascension brusque de température à 39°. Son abcès ne présente rien de particulier, on cherche en vain une nouvelle poussée de varicelle.

Les jours suivants, cependant que la fièvre oscille entre 38 et 39°, l'enfant se plaint un peu de céphalée, mais il ne vomit pas, n'est pas constipé. Pas de raideur de la nuque ni de strabisme.

Le 14, la température remonte encore à 39°5, l'enfant présente sur la joue droite une petite plaque rouge. On pense à un érysipèle qui aurait expliqué cette ascension de température, mais le lendemain la rougeur a disparu.

La température descend peu à peu : l'enfant est tranquille, un peu triste, aucun signe objectif de méningite.

24 mars. — La céphalée est plus forte, l'enfant l'indique nettement en portant la main à sa tête. Pas de photophobie. La surveillante décrit des crises convulsives et affirme l'avoir vue loucher.

Le soir l'enfant présente du strabisme intermittent. Il n'est pas en contracture, les mouvements du cou sont faciles.

Les réflexes rotuliens ne sont pas exagérés, mais le chatouillement de la plante des pieds produit une très nette extension des gros orteils des deux côtés (signe de BABINSKI).

25 mars. — L'enfant est maintenant en contracture et fuit la lumière. Le signe de BABINSKI n'existe plus, ou du moins est peu net.

Le soir à 4 heures elle est en contracture tétanique des quatre membres. Il y a très peu de raideur de la nuque.

Les réflexes rotuliens sont très exagérés.

Le soir à 10 heures 1/2, l'enfant est dans le coma avec une respiration de CHEYNE STOKES très nette composée de périodes de 8 ou 10 respirations très bruyantes, presque stertoreuses, séparées par des périodes d'apnée de 6 à 7 secondes.

De temps en temps, mais toujours au début d'une période de dyspnée, l'enfant pousse un petit aboiement bref et rauque.

L'enfant est maintenant flasque et paralysé : les réflexes sont abolis, le signe de BABINSKI n'est pas net. L'enfant semble avoir spontanément des tentatives de mouvement d'élévation des bras.

Le signe de KERNIG n'a pu être constaté d'abord parce que l'enfant était en contracture, et plus tard parce qu'il était dans le coma.

A aucun moment il n'y a eu de vomissements. Le ventre a été un peu excavé le 24. Il y a eu de la constipation depuis 8 jours.

La température oscille depuis le 19 entre 37°5 et 38. L'enfant meurt le 26 à 7 heures du matin.

Autopsie. — Le foie pèse 570 gr. Il est pâle et décoloré à la surface, avec quelques taches plus blanches. A la coupe il présente une teinte jaune pâle veiné de violet. Il s'en écoule peu de sang.

Ce sont en somme les lésions du foie infectieux ; mais il n'y a pas d'abcès métastatiques.

La vésicule contient un peu de bile jaune pâle.

La rate pèse 45 gr., le cœur 75 gr. Ces viscères ne présentent rien de particulier.

Les poumons sont plus atteints : le poumon droit, qui pèse 125 grammes, présente de nombreuses adhérences. Au niveau de la scissure interlobaire, on y voit de nombreux abcès sous-pleuraux durs ressemblant à des tubercules.

La plèvre gauche contient environ 100 cmc. d'un liquide légère-

ment hémorragique, et le poumon gauche présente quelques ecchymoses sous-pleurales ; son poids est de 90 grammes.

Enfin les ganglions péri-trachéo-bronchiques sont très volumineux, et transformés en *masses purulentes jaune verdâtre*.

Les reins sont pâles et dégénérés et pèsent 65 grammes chacun.

Centres nerveux. — Le cerveau est tapissé d'un exsudat louche. — Ses ventricules sont distendus par une quantité considérable de *liquide séro-purulent*. La substance cérébrale est atteinte de ramollissement aigu.

Enfin le lobe droit du cervelet est transformé en une véritable *poche purulente* qui a complètement détruit la substance nerveuse, et qui n'a laissé qu'une coque de substance grise. Le lobe gauche est intact.

Rien de particulier aux sinus.

L'oreille interne droite est pleine de pus et on en retire un petit séquestre osseux.

L'oreille gauche est intacte.

Moelle. — L'arachnoïde est infiltrée de pus et la moelle est comme entourée d'un véritable manchon purulent.

L'examen du pus de l'abcès cérébelleux décèle du streptocoque pur.

Dans cette observation, la varicelle, qui n'a présenté dans son éruption aucune particularité remarquable, a été suivie de deux complications suppurées : un abcès à la fesse, et une otite moyenne. Mais tandis que l'abcès à la fesse, malgré des phénomènes généraux un peu bruyants, guérissait facilement après l'incision, l'otite moyenne, qui ne se traduisait, après la période aiguë, que par un léger écoulement purulent et par une fièvre n'atteignant pas 38°, l'otite moyenne gagnait sourdement l'oreille interne, et de là les méninges. Cette dernière complication a évolué d'abord sourdement, ne se traduisant que par des symptômes assez vagues, puis elle a revêtu franchement les allures d'une méningite à forme plutôt

cérébro-spinale que cérébrale, et l'autopsie a montré une méningite suppurée généralisée, avec, en plus, un énorme abcès du cervelet survenant du côté de l'oreille atteinte. En même temps évoluaient des abcès miliaires dans un poumon, et de gros abcès dans les ganglions trachéo-bronchiques.

OBSERVATION XVIII. — Abcès cutanés multiples pendant la convalescence d'une varicelle

(Obs. 34 de la th. DE CHARRIN).

Enfant de 25 mois, scrofuleux, qui a déjà fait des abcès cutanés à l'occasion de sa vaccination. Il fait une varicelle d'intensité moyenne au cours de laquelle il fait une poussée d'abcès furoncleux dans les régions déclives (région rénale notamment). Cette poussée est suivie d'une seconde apparition d'abcès cutanés survenant huit jours après pendant la période de dessiccation.

OBSERVATION XIX. — Furoncles et abcès.

(Thèse de PUIG).

Le 22^e jour d'une varicelle, pendant la période de dessiccation, gros furoncle à la fesse précédé d'une fièvre de 38°. — 4 jours après la fièvre remonte et il se produit un abcès fluctuant à la jambe gauche. — Nouveau furoncle derrière l'oreille.

OBSERVATION XX. — Abcès à streptocoques stériles survenu au niveau d'un cal d'ostéotomie.

(KUMMER. *Rev. Méd. Suisse Rom.* XII).

Fillette âgée de 6 ans, qui a subi il y a un an une ostéotomie du fémur gauche pour genu valgum rachitique. Cette première opération n'a donné lieu à aucune réaction générale ou locale. Cette même fillette a subi en novembre 1891 une ostéotomie du fémur droit pour la même raison. Cette seconde opération s'est terminée aussi heureusement que la première. La marche de cette fillette était devenue normale.

En mai 1892, survient une varicelle sans particularité.

Dix jours après le début, alors que les vésicules étaient séchées,

la fillette ressentit une douleur au niveau de la 1^{re} ostéotomie en même temps que la fièvre apparaissait.

A l'ouverture faite au niveau de cette 1^{re} ostéotomie, on constata la présence d'un jus jaunâtre et épais.

L'examen de ce pus montra des streptocoques nombreux, pas d'autres microbes. Les cultures furent stériles.

L'abcès constaté chez cette fillette ne paraît pas dû à l'opération faite un an auparavant. On peut admettre qu'il s'est produit une localisation d'une auto-infection hématogène par résorption simple, secondaire à la varicelle. Cette résorption se serait produite au moment de l'ouverture des vésicules.

OBSERVATION XXI. — Varicelle. Phlegmon diffus mortel.

(LOHR. *Deutsche. Med. Woch.* 1890).

Enfant de 2 ans atteint d'une éruption abondante avec fièvre élevée. La fièvre remonte à 40°, et autour d'une vésicule desséchée située près de l'oreille on trouve de la rougeur et du gonflement. Le lendemain rougeur scarlatineuse autour des autres vésicules. — La tuméfaction gagne la région mastoïdienne, puis tout l'occiput et toute la région cervicale jusqu'à la 5^e vertèbre. Cette tuméfaction est ligueuse, non fluctuante et accompagnée d'une fièvre élevée. A l'autopsie on trouve le cou et la nuque infiltrés en partie de sérosité, en partie de pus. Cette tuméfaction va jusqu'au périoste.

OBSERVATION XXII. — Varicelle. Phlegmon du cou mortel.

(ROGROVE. *Rev. Méd. Suisse Rom.*)

Varicelle d'intensité moyenne dans laquelle quelques vésicules suppurèrent. Au niveau d'une pustule suppurée du cou se développa un phlegmon diffus qui envahit toute la région cervicale et se termina par la mort.

OBSERVATION XXIII. — Infection générale à staphylocoques au cours d'une varicelle.

(BRUNNER. *Deut. Méd. Zeit.* 1896)

Fillette de 5 ans qui au cinquième jour de sa varicelle est prise d'une suppuration du coude avec fièvre élevée et albuminurie. — L'incision et le drainage de l'articulation n'amènent pas d'amélio-

ration de l'état général ni d'abaissement de la température. Deux jours après, nouvelle éruption de varicelle et parotidite double. — 48 heures après, nouvelle éruption et apparition d'abcès multiples de la peau, et d'une otite moyenne suppurée. Mort le lendemain, 15 jours après le début de la varicelle.

L'examen bactériologique du pus de l'abcès, du sang, de l'urine et de la sueur fait pendant la vie montre la présence du staphylocoque doré.

L'autopsie montre une suppuration du médiastin, du péricarde et des bronches; l'endocarde était rouge au niveau des valvules, les plèvres couvertes d'exsudats fibrineux. — L'examen microscopique et les cultures du pus du péricarde, du sang pris dans le foie et la veine iliaque montra le staphylocoque doré.

OBSERVATION XXIV. — Varicelle. Mort par pyémie secondaire à staphylocoques.

(ROGER, *Revue de Méd.* 1897).

Enfant de 3 ans, entre six jours après le début d'une varicelle. L'éruption est en voie de décroissance, mais la température atteint 40° les urines sont fortement albumineuses; la jambe gauche est le siège d'un œdème considérable et douloureux; la peau tendue est rouge par places; on trouve dans l'aîne de nombreux ganglions; on porte le diagnostic de phlébite.

L'enfant succombe 48 heures plus tard.

L'autopsie révèle une péricardite purulente et une phlébite suppurée de la veine saphène interne. La culture du pus donne du staphylocoque doré.

OBSERVATION XXV. — Mort par septicémie après varicelle gangréneuse.

(BUCHLER, *Amer. Journ. of med. sc.* 1889)

Enfant de 4 ans, dont les deux frères viennent d'avoir une varicelle absolument normale. Tandis que la plupart des vésicules suivent leur cours normal et se dessèchent, une vingtaine, situées surtout sur la poitrine et le dos, se remplissent d'un *pus jaune verdâtre*, s'aplatissent et s'entourent d'une aréole phlegmoneuse. Bientôt elles deviennent gangréneuses et se transforment en ulcères profonds

et larges comme une pièce de 1 franc. — Ces ulcérations creusent le derme et le tissu cellulaire, laissant à nu les aponévroses. — La température était élevée, le pouls mou et rapide, dans les deux derniers jours, violente attaque de diarrhée. Mort dix jours après.

OBSERVATION XXVI. — Infection générale à staphylocoque au cours d'une varicelle suppurée

(Thèse de HULOT)

Enfant de 27 mois, bien constitué, atteint d'une éruption très discrète. La température ne s'abaisse pas, le contenu des vésicules devient louche, la zone inflammatoire qui les entoure s'accroît et les vésicules deviennent en 2 ou 3 jours de véritables pustules. Le pus s'en échappe bientôt en laissant de véritables ulcérations qui s'étendent. On trouve dans le pus un mélange de staphylocoque blanc et de streptocoque.

Au bout de huit jours, les pustules commencent à se cicatriser, la température tombe, l'état général s'améliore.

Les ulcérations ne sont pas encore tout à fait cicatrisées qu'apparaissent de petits abcès multiples sur le tronc, les membres, le cuir chevelu. Ces abcès ouverts sont le point de départ d'ulcérations profondes. La température monte. Bronchopneumonie gauche.

Le sang d'une veine du coude semé en bouillon et gélose, donne un staphylocoque blanc qui, injecté dans le péritoine, tue en 3 jours les animaux avec péritonite purulente.

Mort en quelques jours.

A l'autopsie on trouve la peau criblée d'abcès, une pleurésie purulente, une broncho-pneumonie, pas d'endocardite.

Dans le sang, le pus de la pleurésie et celui des bronches, la pulpe de la rate, on retrouve le staphylocoque.

OBSERVATION XXVII. — Varicelle. Abcès pyohémiques du poumon

(HAWARD, *Brit. Med. Journ.*, 1883)

Enfant de 1 an, mal nourri, mal tenu, atteint d'une varicelle gangréneuse avec 40° et de la matité à la base du poumon gauche. Mort en 4 jours.

A l'autopsie on trouve dans chaque poumon plusieurs abcès secondaires récents entourés d'une zone de tissu hyperémié. De plus,

à gauche pleurésie purulente. Rien au cerveau, aux autres viscères ni aux articulations.

OBSERVATION XXVIII. — Pyohémie à streptocoque après une varicelle

(BRAQUEHAYE. *Gaz. heb.*)

Enfant de 3 ans, scrofuleux, atteint d'un mal de Pott ayant occasionné un abcès froid en bissac, ouvert au triangle de Scarpa et guéri par une injection de gaïacol iodoformé.

Il fait une rougeole bénigne.

Il est atteint d'une varicelle confluyente, mais sans rien de particulier. Huit jours après le début de la varicelle, la température monte à 40°, l'enfant est agité, et on trouve le lendemain une arthrite du genou droit qui évolue en quelques jours vers la purulence. (Il y a sur sa face externe une pustule de varicelle assez étendue, à bords rouges et enflammés, en voie de dessiccation).

L'arthrotomie donne issue à une sérosité louche, blanchâtre, dans laquelle on trouve le streptocoque à l'examen direct et en cultures.

Cependant l'état général, au lieu de s'améliorer, empire, et on est obligé d'ouvrir un hygroma suppuré de la bourse olécrânienne, dans lequel on trouve le même pus. L'état général est de plus en plus mauvais, diarrhée, albuminurie, hémorragie. L'enfant s'affaiblit peu à peu et meurt 2 mois après le début de la varicelle.

Autopsie. — Sérosité dans le péritoine les plèvres, le péricarde.

Dégénérescence du foie et des reins, congestion pulmonaire.

Au cœur, nombreuses végétations sur la face axiale des valvules mitrale et tricuspide.

Gros caillot blanc moulant tout le ventricule droit.

On trouve, en plus de l'hygroma, une arthrite purulente du coude, et une arthrite sterno-claviculaire (une poche de pus grosse comme un œuf de pigeon, faisant saillie dans le médiastin).

Rien aux méninges. L'abcès par congestion est guéri. L'examen histologique du foie montre des cocci, mais pas de chainettes nettes. Le caillot du cœur donne du streptocoque.

On n'a pu cultiver les microbes de la grosse pustule du genou et voir s'ils étaient semblables à ceux de l'arthrite. Mais des pustules de varicelle quelconque ont donné 4 fois sur 4 du streptocoque, seul ou associé au staphylocoque.

CHAPITRE PREMIER

Étiologie

On doit, avant tout, diviser les suppurations secondaires à la varicelle en deux catégories bien distinctes. — Les premières sont purement locales, ce sont les lymphangites, abcès cutanés localisés, phlegmons diffus qui accompagnent la varicelle et se voient surtout dans le décours de la maladie.

Les autres sont des suppurations généralisées, métastatiques, qui atteignent non seulement la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, mais aussi les articulations et les viscères, et qui ne sont que les manifestations d'une pyohémie secondaire à la varicelle.

La fréquence de ces deux ordres de suppuration est très diverse. Les premières sont très fréquentes, les secondes très rares.

Cependant, en lisant les travaux publiés sur la varicelle on trouve un certain nombre de faits de la seconde catégorie ; on en trouve fort peu de la première, qui sont cependant incomparablement plus fréquents — cela tient à cette raison bien simple qu'on ne publie que les cas graves, rares ou intéressants et qu'on néglige de signaler des faits qui semblent aussi banaux et aussi peu importants que la furonculose par exemple, qui est une sequelle fréquente de la varicelle.

Nous rapportons ici un tableau comparatif de la fréquence des diverses complications de la varicelle, tableau intéressant, car il porte sur douze épidémies différentes, c'est-à-dire sur un total de 875 cas. — Ce tableau a été publié par Semtschentko.

Furonculose	la plus fréquente
Adénopathies.....	27 cas
Suppuration des ganglions...	2
Erysipèle.....	15
Ostéite.....	4
Synovite.....	4
Otite moyenne.....	17
Albuminurie.....	42
Néphrite caractérisée.....	5 dont 3 mortels.

On voit que la furonculose, les adénopathies, les érysipèles, les otites moyennes, toutes complications dues évidemment à des infections secondaires, y tiennent une place importante. Par contre, la pyohémie n'y est pas notée : elle est en effet beaucoup plus rare.

Les enfants sont évidemment plus prédisposés que les adultes, comme d'ailleurs à toutes les complications de la varicelle. Toutes nos observations en effet concernent des enfants. Le premier âge ne semble pas plus souvent frappé que la seconde enfance, sans doute à cause de la plus grande rareté de la varicelle à cette période de la vie.

Mais toutes les varicelles ne s'accompagnent pas d'infections secondaires : ce sont surtout, on le conçoit, celles qui produisent des ulcérations de la peau, porte d'entrée facile des microbes dans les vaisseaux du derme. Ce sont donc avant tout les varicelles ulcéreuses et gangréneuses,

et aussi, nous devons l'ajouter, et nous l'avons déjà indiqué dans notre première partie, la varicelle suppurée.

Dans l'observation XXVIII nous avons affaire à une varicelle très confluyente et dans l'observation XXVII à une forme gangréneuse. L'observation XXVI est un cas très net de varicelle suppurée puisque Hulot, dont l'attention n'était pas attirée sur ce point, insiste sur la suppuration de ces vésicules et sur leur ressemblance avec des éléments de variole. Enfin l'observation XXV montre une varicelle d'abord suppurée, puis gangréneuse, qui s'est terminée par septicémie.

Cette étiologie est surtout importante pour les septicémies et pyohémies secondaires à la varicelle. Elle se retrouve moins fréquemment dans les suppurations localisées.

CHAPITRE II

Suppurations localisées.

Furonculose. — On sait l'extrême fréquence de la furonculose dans le décours de la variole: dans les formes confluentes surtout, il n'est pas rare de voir des furoncles multiples se succéder dans toutes les régions déclives, occasionner une fièvre souvent fort élevée et rendre quelquefois interminable la convalescence de cette maladie.

Dans la varicelle, la furonculose est beaucoup moins fréquente et beaucoup moins grave, et cela se conçoit facilement puisque son éruption est à la fois beaucoup moins abondante, et beaucoup plus rarement suppurée que celle de la variole. Cependant elle existe souvent et elle est loin d'être rare, puisque SEMSCHENTKO, dans sa statistique totale, la considère comme la complication la plus fréquente de la varicelle.

La symptomatologie ne présente rien de particulier. Toutefois il faut noter que les furoncles sont très volumineux, beaucoup plus que les furoncles ordinaires, qu'ils atteignent souvent un diamètre de 4 ou 5 centimètres. De plus ils sont également plus profonds que le furoncle ordinaire et s'accompagnent d'une suppuration plus abondante; on dirait un intermédiaire entre le furoncle et l'abcès sous-cutané. Ils se distinguent cependant toujours de ce dernier par la présence d'un bourbillon.

On y retrouve toujours le staphylocoque doré.

Abcès sous-cutanés. — Ils sont également fréquents et se distinguent des furoncles — avec qui d'ailleurs ils coexistent fréquemment — par l'absence de bourbillon, et par ce fait qu'ils ne sont pas acuminés.

Souvent on voit une trainée de lymphangite relier l'abcès sous-cutané à un élément varicelleux. L'évolution de ces abcès est en général bénigne. Ils contiennent un pus assez épais, louable le plus souvent, dans lequel on retrouve presque toujours le staphylocoque.

Phlegmons diffus. — Si la suppuration ne se collecte pas, on peut avoir un véritable phlegmon diffus qui peut amener la mort, comme dans les cas de LOHR et ROGIONE. La symptomatologie ne présente rien de spécial: notons seulement qu'il se développe souvent au niveau d'une vésicule plus ou moins desséchée qui est ainsi la porte d'entrée évidente de la suppuration. — On trouve comme agent pathogène soit le streptocoque, soit le staphylocoque.

Erysipèle. — L'érysipèle n'entre pas à proprement parler dans notre cadre. Ce n'est pas une suppuration, mais c'est une infection secondaire dont la pathogénie est identique. Il a été signalé par RAYER dans son article du « Dictionnaire en quinze volumes ». GUYOT en a signalé deux cas chez des externes de son service; PUIG, dans sa thèse, rapporte un cas d'érysipèle de la fesse gauche qui gagna rapidement la jambe et se termina par la guérison. Enfin VARIOT signale un érysipèle de la cuisse, suivi d'une escarre au niveau d'une phlyctène. — SEMSCHENTKO, dans sa statistique générale, en rapporte 15 cas, c'est-à-dire un nombre assez élevé.

En somme l'érysipèle est beaucoup moins fréquent que

la furonculose et les abcès sous-cutanés ; et cela tient peut-être à cette cause que le staphylocoque est beaucoup plus souvent que le streptocoque l'agent des suppurations secondaires à la varicelle.

Pronostic. — Le pronostic de ces suppurations est bénin sauf pour le phlegmon diffus, qui peut amener la mort.

CHAPITRE III

Septicémie et Pyohémie.

Nous avons vu que c'est surtout au cours de varicelles graves, confluentes, suppurées, ulcéreuses et gangréneuses que survient la pyohémie varicelleuse.

Elle peut avoir été précédée de suppurations localisées, mais souvent elle survient d'emblée soit pendant la période d'éruption et de suppuration, soit pendant la dessiccation. C'est même ce qui se produit le plus souvent, et la varicelle est en voie de guérison quand surviennent les phénomènes généraux qui annoncent l'infection générale.

Avant toute localisation suppurée, on peut avoir en effet une période de fièvre très élevée avec frissons répétés, dont l'examen du malade ne donne pas l'explication. Mais, un jour ou deux après, se produisent les localisations qui peuvent être articulaires d'abord et viscérales ensuite, qui sont souvent d'emblée viscérales. — Le siège de ces localisations n'obéit à aucune loi. Ce sont les séreuses viscérales qui sont le plus souvent atteintes, puis les articulations et bourses séreuses, puis les différents viscères. L'endocardite est fréquente. Voici un tableau général montrant les diverses fréquences des localisations suppurées dans tous nos cas :

Plèvres.....	4
Péricarde.....	3
DÉSANDRÉ.....	7

Articulations et bourses séreuses.....	2
Méninges.....	1
Péritoine.....	1
Endocardites.....	2
Phlébite.....	1
Poumon.....	2
Cervelet.....	1
Otite.....	2
Abcès sous-cutanés.....	2
Parotidite.....	1

On remarquera dans ce tableau des abcès sous-cutanés. Ils ne doivent pas être confondus avec ceux dont nous avons parlé à propos des suppurations localisées : ces derniers étaient isolés, les autres coexistent avec les abcès viscéraux et reconnaissent la même origine, une infection d'origine probablement hémotogène et non par voie lymphatique.

Nous n'avons pas à retracer ici le tableau de la pyohémie, car il ne présente rien de spécial dans le décours de la varicelle. Les phénomènes généraux sont graves, la fièvre élevée avec grandes oscillations, les frissons constants et répétés, la diarrhée intense ; elle fut sanguinolente dans un cas, la langue sèche, et la mort survient rapidement en quelques jours.

Bactériologie. — Pour être véritablement complet, l'examen bactériologique doit porter sur le pus de tous les abcès de la plupart d'entre eux, sur le sang pris pendant la vie dans une veine, et sur le sang pris le plus tôt possible après la mort dans le cœur. — Pour démontrer pleinement que la cause de la pyohémie provient

des vésicules de varicelle, il faudrait y joindre un examen bactériologique des vésicules, afin de voir si le microbe qui a causé l'infection générale s'y trouve contenu. Bien que les résultats bactériologiques publiés soient loin d'être aussi complets, nous croyons qu'on peut en tirer des conclusions générales et nous les réunissons ici en un tableau :

Obs.	Auteurs	Abcès	Sang post mortem	Sang pendant la vie
XVII	ROGER.	Streptocoque.	Stérile.	»
XXIII	BRUNNER.	Staphyl. doré.	Staphyl. doré.	Staphyl. doré.
XXIV	ROGER.	Staphylocoque.	»	»
XXVI	HULOT.	Staphyl. blanc.	Staphyl. blanc.	Staphyl. blanc.
XXVIII	BRAQUEHAYE	Streptocoque.	Streptocoque.	»

On voit que c'est surtout le staphylocoque qui a été trouvé dans le pus des abcès aussi bien que dans le sang du cœur. Deux observations montrent la présence du streptocoque. Mais n'oublions pas que dans l'observation XVII, on n'a pas affaire à une pyohémie, mais à une méningite consécutive à une otite, et dans laquelle la propagation s'est faite soit par contiguité, soit par voie lymphatique.

Une autre preuve qu'il n'y avait pas pyohémie, c'est que le sang du cœur est resté stérile. Enfin la mort est survenue beaucoup plus tard après la guérison de la varicelle que les autres cas publiés. Il est vrai qu'on a trouvé dans ce cas de petits abcès sous-pleuraux, et des ganglions suppurés autour des bronches. Toutefois cette raison ne nous convainc pas; d'ailleurs les phénomènes

généraux ont été beaucoup moins marqués et la fièvre beaucoup moins élevée que dans les cas de pyohémie. C'est donc un cas de méningite cérébro-spinale suppurée consécutive à une otite et non à une infection générale d'origine sanguine.

L'observation de BRAQUEHAYE reste donc seule comme cas de pyohémie streptococcique. Peut-être la présence du streptocoque serait-elle expliquée par l'abcès froid qu'a présenté le malade avant sa varicelle, abcès dont l'examen bactériologique n'a pas été fait et qui contenait peut-être ce microbe.

Tous les autres cas sont à staphylocoque et dans deux d'entre eux le staphylocoque a été trouvé dans le sang pendant la vie. C'est donc le staphylocoque qui doit être considéré comme l'agent principal des pyohémies consécutives à la varicelle, et aussi, mais d'une façon moins absolue, des suppurations secondaires localisées.

CHAPITRE IV

Pathogénie.

La pathogénie des complications suppurées de la varicelle varie suivant ces complications mêmes.

Dans les suppurations localisées, le transport des germes se fait évidemment par la voie lymphatique ou peut-être par contiguïté. C'est ce qui se produit le plus souvent pour les phlegmons. Dans le cas de ROGIONE, un phlegmon du cou se développe à l'endroit où se trouvait une pustule suppurée. Dans celui de LOHR, la suppuration part nettement d'une vésicule en voie de dessiccation. La pathogénie est alors fort simple, nous n'y insistons pas.

Mais dans les cas généralisés, il faut admettre qu'il y a pénétration des agents pathogènes dans le courant sanguin. Comment se fait cette pénétration ? Elle peut se faire par l'intermédiaire des lymphatiques. Ils pénètrent d'abord dans ceux de la peau, passent dans les canaux lymphatiques et les ganglions où ils déterminent parfois des lymphangites et des adénites quelquefois suppurées (dont SEMSCHENKO a montré la fréquence) et passent enfin dans le canal thoracique et de là dans la circulation générale.

La pénétration directe dans les vaisseaux sanguins serait beaucoup plus rare pour HULOT. C'est alors en cheminant dans l'intervalle des cellules du corps muqueux

de Malpighi qu'ils arrivent libres ou englobés par les leucocytes jusqu'au derme où ils rencontrent les vaisseaux sanguins.

Il est évident que les formes suppurées rendront cette pénétration beaucoup plus facile, à cause du grand nombre de microbes qu'elles présentent, à cause des ulcérations qui peuvent suivre la pustule. Nous en dirons autant des formes gangréneuses. Il végète sur les plaques de sphacèle une riche flore microbienne dans laquelle domine le staphylocoque. Les ulcérations qu'elles provoquent mettent à nu le derme, qui, dans la varicelle à évolution normale, est respecté, et ouvrent quelquefois les vaisseaux : l'introduction des microbes dans la circulation générale est aussi très favorisée.

Rappelons que, dans certains cas, on a voulu rattacher certaines formes d'infections générales d'origine staphylococcique à une toxémie : les toxines seules pénétreraient dans le sang. Point n'est besoin d'avoir recours à cette théorie, puisque, dans la plupart des cas examinés, le staphylocoque lui-même a été trouvé dans le sang.

Nous ne rappellerons que pour mémoire la théorie qui fait pénétrer le staphylocoque dans la circulation générale au niveau de l'intestin. Elle a été suffisamment combattue par HULOT dans sa thèse : la porte d'entrée est ici beaucoup plus simple : elle se fait à la peau, au niveau même des vésicules varicelleuses, qui, en désagrégeant les couches profondes de l'épiderme, favorisent la migration du staphylocoque qui l'habite normalement et qui y pullule ici beaucoup plus énergiquement, comme d'ailleurs dans toute lésion cutanée.

CHAPITRE V

Traitement.

Le traitement de la varicelle suppurée est surtout prophylactique. Des bains fréquents, une antiseptic cutanée minutieuse pourront parfois empêcher la suppuration des vésicules.

Mais c'est quand celle-ci s'est produite, et surtout si elle s'accompagne d'ulcérations et de gangrène qu'il faut redoubler de soins. Des pansements antiseptiques sont alors indiqués dans les régions qui sont le siège des ulcérations ; car c'est à leur niveau que se fait la résorption des microbes qui pullulent sur le revêtement cutané. — On pourra peut-être ainsi éviter les infections secondaires.

Les suppurations localisées seront traitées par les incisions larges et précoces, qui amèneront presque toujours de bons résultats.

Même en cas de suppuration cutanée ou articulaire relevant de la pyémie, il faudra agir, car une arthrite purulente n'indique par forcément une infection générale ; elle peut être la conséquence d'une lésion purement locale. Dans ce cas, l'incision amènera rapidement la guérison ; si, au contraire, l'incision n'est suivie d'aucun amendement, si les phénomènes généraux persistent, si d'autres jointures se prennent, on est en présence d'une infection généralisée et le pronostic est fatal.

CONCLUSIONS

I. — La vésicule varicelleuse ne suppure pas normalement. Le liquide clair qu'elle contient se trouble, la vésicule s'affaisse, une croûte légère se forme, mais il n'y a pas de véritable suppuration.

II. — Dans certains cas, la varicelle est suppurée.

La vésicule évolue d'abord normalement et c'est seulement au bout d'un jour ou deux qu'on la voit augmenter de volume, s'aplatir, se remplir d'un pus jaunâtre ou verdâtre, s'ombiliquer quelquefois et s'entourer d'une auréole inflammatoire. Cette suppuration dure plusieurs jours, puis la vésicule se rompt ou bien se dessèche assez lentement. Il se forme alors une croûte beaucoup plus épaisse que celle de la varicelle commune beaucoup plus adhérente aussi, qui est très lente à tomber et qui le plus souvent laisse après elle une cicatrice déprimée, cupuliforme, analogue à celle que l'on voit dans la variole.

Habituellement toutes les vésicules ne subissent pas cette transformation. Celles du tronc restent citrines.

La durée de l'évolution d'une vésicule suppurée peut dépasser 3 semaines ; tandis que celle de l'élément normal n'est que de 15 jours environ.

III. — La transformation purulente du contenu des vésicules s'accompagne souvent d'une véritable fièvre de suppuration comme dans la variole.

IV. — Parmi les complications de la varicelle suppurée, on doit noter particulièrement les infections générales, la gangrène et la néphrite, qui s'est montrée constante dans une épidémie.

V. — La bactériologie de la varicelle simple est peu connue, malgré les travaux de BAREGGI, de GUTTMANN et PFEIFFER. Mais pour la varicelle suppurée, on a montré dans les pustules la présence constante du staphylocoque pyogène accompagné ou non du streptocoque. Ces microbes, surtout le premier, doivent être considérés comme la cause immédiate de la varicelle suppurée, car l'agent spécifique de la varicelle simple ne produit pas la suppuration.

VI. — Le pus de la varicelle suppurée contient une grande quantité de leucocytes polynucléaires, contrairement au pus de la variole et au liquide citrin de la varicelle simple, dans lesquels les mononucléaires dominent.

VII. — Le diagnostic différentiel de la variole et de la varicelle suppurée se basera surtout sur l'induration du derme qui accompagne la pustule de variole ; sur la forme de la pustule, plus allongée et plus volumineuse dans la varicelle suppurée.

Enfin et surtout sur la présence, chez le même sujet, d'éléments d'âge différent, et notamment de vésicules citrines et claires, plus abondantes sur le tronc et les parties couvertes, qui coexistent avec les éléments suppurés. Les éléments de la varicelle sont d'ailleurs beaucoup plus nombreux sur le tronc que ne peuvent l'être ceux de la variole.

VIII. — La suppuration de la vésicule varicelleuse était expliquée soit par des causes générales (enfants débiles

et cachectiques), soit de préférence par des causes locales portant sur l'état antérieur de la peau.

Mais la varicelle suppurée étant souvent épidémique et contagieuse, on doit, pour expliquer cette épidémicité, faire intervenir une cause extérieure à l'individu, une infection spéciale différente de l'infection varicelleuse simple.

Dans ces cas, la varicelle suppurée semble due à un contage simultané de l'agent de la varicelle et des agents ordinaires de la suppuration.

IX. — Il peut se produire également au cours de la varicelle des suppurations secondaires qui sont localisées ou généralisées.

Les premières sont fréquentes, ce sont des furoncles, des abcès, des phlegmons qui surviennent au voisinage des pustules. L'infection se fait généralement dans ce cas par voie lymphatique.

Les secondes sont rares. Ce sont les abcès multiples non seulement cutanés et sous-cutanés, mais aussi articulaires et viscéraux qui ne sont que l'expression d'une pyohémie consécutive à la varicelle. — L'infection se fait alors par voie sanguine.

X. — L'agent ordinaire de ces suppurations est encore ici surtout le staphylocoque pyogène.

Vu : *Le Président de la Thèse :*

E. BRISSAUD.

Vu : *Le Doyen :*

BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur :

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- APERT. — Varicelle chez les nourrissons (*Bulletin médical*, 1^{er} septembre 1895).
- ASHBY. — Traité des maladies des enfants.
- AUGIER. — Varicelle et ses complications (*Journal des Sc. Méd. de Lille*, 1894).
- BAREGGI. — Bactériologie de la varicelle (*Gaz. medic. ital. Lombarda*, n° 24, 1885).
- BARLOW. — Société de pathologie de Londres. 1883.
- BEAUDOIN. — Varicelle gangreneuse (Thèse, Paris, 1897-1898).
- BENDA. — Société de Médecine de Berlin, 27 octobre 1886.
- BEZ. — Contemporanéité des fièvres éruptives (Thèse, Paris, 1877).
- BEZY. — Association scarlatino-varicelleuse (*Archiv. de méd. des enfants*, 1898).
- BIEDERT. — Variole et Varicelle (*Jahr. fur Kinderheilk.*, pp. 427. 1892).
- BOHN. — Article Varicelle du Gehhardt, Handbuch.
- BOKAI. — Société Médicale de Buda Pesth. Mars 1888.
- BOLOGNINI. — Stafilococcia Varicellosa. *Pediatrics*, n° 3, 1897.
- BOURDINEAU. — Les Rash de la varicelle (Thèse Paris, 1895).
- BOUTARD. — *Normandie médicale*, 15 juin 1887.
- BRAQUEHAYE. — Infection générale à streptocoque dans la Varicelle (*Gazette hebdomadaire*, 1894).
- Les Arthrites de la Varicelle (*Bulletin médical*, 1894).
- BRUNNER. — Infection staphylococcique consécutive à la varicelle (*Deutsche Medicinische Zeitung*, n° 1, 1896).
- BRUYELLE. — Deux épidémies simultanées de variole et de varicelle (*Revue des Malad. des Enf.*, 1887).
- BUCHLER. — Septicémie Varicelleuse (*American Journal of medical Science*, septembre 1889).
- CAILLAUD. — Des gangrènes infectieuses disséminées de la peau chez les enfants (Thèse, Paris, 1896).

- CHARBIN. — Etude sur la Varicelle (Thèse, Lyon, 1889).
- CLARENDON MARIE. — Les éruptions dans la Varicelle (Thèse, Paris, 1894).
- COMBY. — Traité des Maladies des Enfants (Article Varicelle, t. I).
- Scarlatine puis Varicelle (*Soc. Méd. des Hôpit.*, 1^{er} mai 1896).
- Quelques particularités de la Varicelle. Diagnostic différentiel. (*Revue des Malad. des Enf.*, 1887).
- DEMME. — Ueber complic. der Varicellen (*Wiener Méd. Blatt.*, 1892).
- Varicelle purulente et gangreneuse mortelle (*Bericht des Jenners'chem Kinderspitais in Bern*, 1892).
- DESOIL. — Varicelle et irritation (*Echo Médical du Nord*, n° 17, 1899).
- DICKINSON. — Société de pathologie de Londres. 1883.
- ETTLINGER. — Etude sur le passage des microbes dans le sang. (Thèse, Paris, 1893).
- FRAENKEL. — Société de Médecine de Berlin. 27 octobre 1886.
- GALLIARD. — Traité de médecine de BROUARDEL et GILBERT (Art. Varicelle, tome I).
- GUINON. — Traité de Médecine de CHARCOT et BOUCHARD (Art. Varicelle, tome II).
- GUTTMANN. — Virchow. Archiv. Bd. 107. Heft 2, 1887 (*Berlin. klin. Woch.*, p. 892, 1886).
- GUYOT. — Erysipèle consécutif à une varicelle (*Soc. méd. Hôpit.*, juin 1892).
- HAWARD. — Absès pyohémiques du poumon (*British Medical Journal*, 1883).
- HEBRA et KAPOSÍ. — Traité des maladies de la peau (Articles Variole, Varioloïde, Varicelle).
- HOCHSINGER. — Variole et varicelle. (*Centralb. für klinik Med.* Wienn, n° 43, 1890).
- HULOT. — Infections d'origine cutanée chez l'enfant. Thèse Paris, 1895.
- HUTINEL ET LABBÉ. — Les infections staphylococciques chez l'enfant (*Archiv. génér. de Méd.* Décembre 1896).
- KUMMER. — Absès à streptocoques au niveau d'un cal d'ostéotomie (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, tome XII).
- LABOUREUR. — Exanthème dans la varicelle. Thèse, Paris, 1895-1896.

- LAUDON. — Synovite du coude non suppurée (*Deutsche Med. Wochenschr.*, 26, p. 507, 1890).
- LOHR. — *Deutsche Med. Wochenschr.*, p. 321, 1896.
- MASIUS ET BECO. — Contribution à l'étude clinique des formes septicémiques de la staphylococcie (*Revue de Médecine*, Paris, 1897).
- MERCIER. — Contribution à l'étude des infections généralisées à staphylocoques. Thèse Paris, 1900.
- MERKLEN. — Varicelle suppurée (*Soc. Méd. des Hôp.*, 12 octobre, 1899).
- NETTER. — Infection purulente à staphylocoque (*Soc. méd. des Hôp.*, 1894).
- PAILLAIN. — De la varicelle dans le cours de la rougeole et de la scarlatine. Thèse, Paris, 1894.
- PERRET. — Les Arthrites de la Varicelle.
- PFEIFFER. — Ueber Parasiten in Blascheninhalt von Varicella (*Monatschrift f. prakt. Dermatol.*, n° 13, 1887).
- PUIG. — La Température dans la Varicelle. Thèse, Paris, 1888.
- RAYER. — Article Varicelle du Dictionnaire en 15 volumes.
- REMLINGER. — Les Microbes de la peau humaine (*Médec. Mod.*, avril 1896).
- RENAULT. — Abcès multiples de la peau (*Archiv. de Méd. des Enf.*, 1898).
- RILLE. — Beitrage zur Kenntniss der Varicellen (*Wien. klin. Woch.*, n°s 38, 39, 1889).
- ROBIN-LEREDDE. — Un cas d'infection à staphylocoque doré (*Archiv. Méd. Expér.*, 1893).
- ROGER. — Etude sur quelques maladies infectieuses (*Revue de Médecine*, 1896, 1897, 1899).
- ROGER ET WEIL. — Le parasite de la variole (*Soc. de Biologie*, octobre 1900 et *Presse Médicale*, novembre 1900).
- ROGIONE. — Varicelle et phlegmon du cou produit par un pustule suppurée. Mort. (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1882).
- SACAZE. — Néphrite aiguë grave, produite par une infection staphylococcique consécutive à deux petites plaies cutanées (*Revue de Médecine*, Paris, 1895).
- SEMSCHENTKO. — Synovite purulente au cours d'une varicelle (*Jahrb. für Kinderheilk.*, vol. 25, p. 171, 1886).
- SERENO. — Eczéma dans la scarlatine, la rougeole et la varicelle (Thèse, Paris, 85-86).

SAINFORTH. — *British méd. Journal*, 1890.

SUDRE. — Varicelle et scarlatine (Thèse Toulouse, 1899).

THOMAS. — Scarlatine et varicelles suppurées (*Jahrbuch f. Kind*, 1871).

Variole et Varicelle (*Centralbl fur Klinik méd. Wien*),
n° 47, 1890.)

TIZZONI. — Contribution à l'étude des voies d'élimination du staphylocoque (*Riforma Medica*, 1891).

TROUSSEAU. — Clinique médicale Hôtel-Dieu.

VARIOT. — Erysipèle consécutif à une varicelle (*Journ. de Clin. et Thérapeut. inf.* 1899).

WEIL. — La leucocytose variolique. Etude leucocytaire de la pustule variolique (*Soc. Biologie*, 23 juin 1900).

WOLF. — *Soc. de Méd. de Berlin*, 27 octobre 1886.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
AVANT-PROPOS.....	7
PREMIÈRE PARTIE. — Varicelle suppurée.....	
CHAPITRE PREMIER. — Observations.....	11
Observations personnelles.....	18
Observations non personnelles.....	34
CHAPITRE II. — Etiologie.....	47
CHAPITRE III. — Symptômes.....	54
CHAPITRE IV. — Complications.....	62
CHAPITRE V. — Diagnostic.....	66
CHAPITRE VI. — Anatomie pathologique.....	73
CHAPITRE VII. — Bactériologie.....	74
CHAPITRE VIII. — Pathogénie.....	77
DEUXIÈME PARTIE. — Suppurations secondaires au cours de la varicelle.....	
CHAPITRE PREMIER. — Etiologie.....	81
CHAPITRE II. — Suppurations localisées.....	91
CHAPITRE III. — Septicémie et pyohémie.....	94
CHAPITRE IV. — Pathogénie.....	97
CHAPITRE V. — Traitement.....	101
CONCLUSIONS.....	103
BIBLIOGRAPHIE.....	104
	107

